



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Promoção da Integridade Cutânea: um Indicador da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Cláudia Olho Azul Martins

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Promoção da Integridade Cutânea: um Indicador da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Cláudia Olho Azul Martins

Maria Alice Curado e

Maria Teresa Oliveira Marçal

2014

DEDICATÓRIA

A realização deste percurso em muito se deve à colaboração e apoio de várias pessoas, que directa ou indirectamente participaram nele ajudando a diluir o esforço pessoal. Agradeço a todos e manifesto a minha profunda gratidão.

Às minhas orientadoras, Professora Teresa Marçal e Professora Alice Curado, pelo incentivo, pela paciência, pela enorme disponibilidade e competência profissional e por todos os ensinamentos e em especial pela confiança que sempre depositaram em mim.

À Sr.^a Enf.^a Dulce Gonçalves, “responsável” pelo ingresso nesta experiência, pela dedicação e apoio incondicional, sempre com um olhar positivo.

Aos meus colegas e companheiros pelo esforço e carinho demonstrados.

À Luísa, à Joana e à Sofia, vocês sabem porquê.....

Aos meus amigos e família sempre presentes em todos os momentos da minha vida, com um sorriso encantador, uma palavra amiga esperançosa e uma mão cheia de luz.

Aos meus pais, porque sem eles não era aquilo que hoje sou, por me substituírem nas minhas ausências como pais dos meus filhos e simplesmente por serem as pessoas maravilhosas que são...

Ao Mário, meu marido, amigo e companheiro, pela paciência e compreensão que tornaram mais fácil a difícil tarefa de chegar ao término desta etapa da minha vida, “juntos conseguimos alcançar um futuro próspero”,

E aos amores da minha vida, Martim e Madalena, por todos os momentos em que vos faltei com um beijo, um carinho ou uma história para adormecer... Amo-vos muito e vocês são a razão da minha vida!!!!!!

“ (...) A qualidade dos cuidados está directamente relacionada com a situação vivida por pessoas que se encontram e que caminham juntas, umas recebendo cuidados e outras, prestando-os. São múltiplos os factores determinantes, uns controláveis outros não, que vão interagir e influenciar o resultado obtido (...).”

(BOLANDER, 1998)

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria foi realizado o presente relatório que pretende espelhar as actividades e competências desenvolvidas no decurso dos estágios nos vários contextos assistenciais, bem como retratar o percurso e resultados obtidos através do projecto de investigação realizado. Pretendeu-se no seu todo aprofundar conhecimentos em Ciências de Enfermagem e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados à criança e família conducentes à apropriação do título de Enfermeiro Especialista. Também importa reconhecer as competências adquiridas a nível da investigação e gestão. No relatório serão apresentados os objectivos delineados, com a descrição das diferentes actividades realizadas para o alcance dos mesmos.

A fundamentação conceptual baseada no modelo de Sistemas de Betty Neuman norteou o processo de cuidados, permitindo a análise dos fatores que podem influenciar a homeostasia do sistema e os processos de saúde/ doença do cliente pediátrico e sua família.

A temática transversal e sobre a qual se desenvolveu o projecto de investigação foi a promoção da integridade cutânea no recém-nascido, especificamente a do prematuro. O subdesenvolvimento da pele do prematuro e a sua condição de saúde deixa-o exposto a um leque de stressores que podem interferir com a manutenção dessa sua linha normal de defesa. Cabe à enfermagem a utilização de estratégias que visem a preservação da sua integridade. Assim, o projecto de pré-validação de um instrumento de avaliação do risco de lesões de pele, pretende contribuir como uma ferramenta para a consecução de Processos de Enfermagem individualizados, e também para, através dele, se extraírem indicadores de qualidade dos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O relatório é resultado de um trabalho intenso para o qual foram determinantes a experiência profissional, as pesquisas bibliográficas realizadas e a reflexão constante proporcionada nos diferentes contextos de estágio.

PALAVRAS-CHAVE: Escalas de Avaliação do Risco, Lesão da pele, Prematuros, Úlcera de Pressão, Betty Neuman, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ABSTRACT

Under the Master Degree in Nursing Specialization in Pediatrics and Child Health, this report is intended to reflect the activities and skills developed during the various stages of the care contexts executed, as well, as the route and image results, throughout the research project. It was intended, as a whole to deepen knowledge of Science in Nursing and develop cognitive, technical and relational skills in providing care to the child and family, leading to the ownership of the Specialist Nurse title, and recognize the skills acquired in research and management. The objectives outlined, describing the different activities carried out, are also presented in the report.

The conceptual foundation based on the Betty Neuman Systems Model guided the process of care, allowing the analysis of the factors that may affect the homeostasis of the system, and the health / disease of the pediatric client and his family.

The conceptual basis, in which the research project theme was developed, was the promotion of skin integrity in newborns, especially premature. The underdevelopment of premature skin and his health condition leaves him exposed to a range of stressors that can interfere with the maintenance of their line of defense, the skin. Due to that fact, nursing, should use strategies for the preservation of its integrity. Thus, the project pre-validation of an instrument for assessing the risk of skin lesions, intends to contribute for the development of individualized Nursing Processes, and to collect quality indicators of health gains, sensitive to nursing care.

The report is the result of hard work, being determinant, the professional experience, conducted literature searches and constant reflection in different contexts stage.

KEYWORDS: Risk Assessment Scales, Skin Injury, Premature, Pressure Ulcer, Betty Neuman, Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics.

ABREVIATURAS

APSI – Associação Promoção segurança Infantil

APTF – Associação Portuguesa Tratamento de Feridas

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Protecção Crianças e Jovens

DGS – Direcção Geral da Saúde

EPE – Entidade Público-Empresarial

ISS – Instituições Solidariedade Social

JCI – Joint Commission International

MGF – Mutilação Genital Feminina

MUCD – Modelo Universal dos Cuidados para o Desenvolvimento

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NSRAS – *Neonatal Skin Risk Assessment Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-nascido

RSI – Rendimento Social de Inserção

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

MUCD – Modelo Universal dos Cuidados para o Desenvolvimento

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UICD – Unidade Internamento Curta Duração

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA	10
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	12
2.1. A Criança em Situação de Urgência: prestação de cuidados em situações de especial complexidade	14
2.2. Cuidados na Comunidade: maximização da saúde da criança/jovem e família	26
2.2.1. Cuidados Protectores da Criança com Risco Social.....	28
2.2.2. Promoção de Hábitos de vida Saudáveis nos Adolescentes em contexto de Saúde Escolar.....	36
2.3. A Pele como Interface no Processo de Cuidados de Enfermagem no Neonato – Estado de Arte	40
2.3.1. Cuidados promotores do desenvolvimento infantil: a importância da preservação da integridade cutânea no recém-nascido prematuro.....	42
2.3.2. Prevenção da Úlcera de Pressão: indicador de qualidade dos cuidados prestados	50
3. ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE OBSERVAÇÃO DO RISCO DE LESÃO DA PELE EM NEONATOS: UM ESTUDO DE PRÉ-VALIDAÇÃO COM RECÉM-NASCIDOS PORTUGUESES	54
4. CONCLUSÃO.....	59
5. BIBLIOGRAFIA	62
ANEXOS	67
ANEXO I – DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO: ECO-COZINHA: ALIMENTAÇÃO E HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL	68
ANEXO II – DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO. SEXUALIDADE E AFECTOS.....	82
ANEXO III – DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO: HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS	108
ANEXO IV – CERTIFICADO APTF CURSO “TRATAMENTO FERIDAS EM PEDIATRIA”	123
ANEXO V – CERTIFICADO DE FORMADORA, HPP CASCAIS: “CURSO PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO”	125
ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO AUTORA DA ESCALA NSRAS	129
ANEXO VII – PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO HPP CASCAIS.....	134
ANEXO VIII – VERSÃO FINAL DA NSRAS.....	136
ANEXO IX – VERSÃO RETROTRADUZIDA DA VERSÃO FINAL DA NSRAS	138

ANEXO X – DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DA ELCOS	140
ANEXO XI – CERTIFICADO DO 1º PRÉMIO RECEBIDO NO 1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DE LISBOA	142
APÊNDICE.....	145
APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO	146
APÊNDICE II – “CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ” – PROMOÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS	148
APÊNDICE III – DIAPOSITIVOS APRESENTAÇÃO HPP CASCAIS: “CURSO PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO”	161
APÊNDICE IV – PROCEDIMENTOS: FOCO ÚLCERA DE PRESSÃO	194
APÊNDICE V – CRONOGRAMA DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO.....	234
APÊNDICE VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA OS COLABORADORES.....	236
APÊNDICE VII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA OS PAIS	238
APÊNDICE VIII – DIAPOSITIVOS DO WORKSHOP PARA FORMAÇÃO DOS COLABORADORES.....	240
APÊNDICE IX – POSTER APRESENTADO NO 1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DE LISBOA.....	250
APÊNDICE X – ARTIGO CIENTÍFICO: “ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE OBSERVAÇÃO DO RISCO DE LESÃO DA PELE EM NEONATOS: UM ESTUDO DE PRÉ- VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA COM RECÉM-NASCIDOS PORTUGUESES”	252
APÊNDICE XI – PEDIDO DE COLABORAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO TESTE FINAL DE VALIDAÇÃO DA NSRAS	277
APÊNDICE XII – CARTAZ DO WORKSHOP: “INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM: DOS PARADIGMAS CIENTÍFICOS À PRAXIS – O PERCURSO PARA VALIDAÇÃO DA NSRAS” .	279

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório é o resultado da reflexão e fundamentação das actividades realizadas e competências desenvolvidas, no decurso da Unidade Curricular- Estágio com Relatório, concretizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria. A sua elaboração teve como principal objectivo transmitir os resultados de um caminho, relatando e fundamentando, as escolhas efectuadas, as actividades desenvolvidas e as aprendizagens e competências adquiridas.

O tema que o pauteia, e sobre o qual se realizou o estágio e se elabora o presente relatório, é a Integridade Cutânea. Esta temática foi escolhida, pois a pele é um foco de atenção importante da disciplina de enfermagem, indicador da qualidade dos cuidados prestados e o reflexo da homeostasia da Criança. No decurso do trajecto académico, concomitantemente com o processo de Acreditação da Unidade Hospitalar onde exerce funções, bem como, dando resposta às funções que desempenha como elo de ligação do Departamento de Pediatria, no Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas, emergiu, a necessidade de estudar e aprofundar conhecimentos relativos à Integridade Cutânea na Criança nomeadamente no Recém-Nascido.

É por meio do nosso corpo que prestamos o cuidado a nós mesmos e aos outros e que utilizamos nossos sentidos, as nossas mãos e a nossa sensibilidade. De acordo com Collière (1989), o corpo foi e ainda é o primeiro instrumento de cuidado, que demanda também a utilização de certas tecnologias de manutenção da vida, de reparação e de informação.

A especificidade da prática de enfermagem em unidades de neonatologia exige profissionais bem preparados, para a identificação rápida de problemas e para a realização das intervenções necessárias. Nesse sentido, um dos aspectos que deve ser considerado, é a manutenção da integridade da pele da criança.

Dentro da temática da promoção da integridade cutânea, umas das lacunas que se observou, foi a não existência de um instrumento de avaliação do risco de úlceras de pressão para a população neonatal. Actualmente, a DGS (2011) e a OE (2009), bem como outras instituições de carácter internacional, consideram a prevenção de úlceras de pressão, um direito que assiste o cliente em todos os contextos de

prestação de cuidados. Neste sentido, testar um instrumento de avaliação de risco de úlceras de pressão para a população neonatal, daria sentido às normativas emanadas pela WHO (2009) e pela DGS (2011), bem como resposta aos padrões de qualidade da OE (2001).

Assim, o fio-de-prumo do estágio e deste seu relatório, foi a promoção da Integridade Cutânea, abordada em duas grandes dimensões: as práticas de promoção da integridade da pele, e as condições para a Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão em Recém-Nascidos através da Validação e Adaptação da Escala de Avaliação de Risco de Lesões de Pele em Neonatos (NSRAS) – Realização do Pré-Teste.

A conceptualização do projecto fundamentou-se na Teoria de Sistemas de Betty Neuman (2011), uma vez que esta, após revisão de várias teorias de enfermagem, é aquela que se considerou adaptar-se bem ao planeamento dos cuidados, na prevenção de lesões cutâneas e na obtenção de resultados directos para a criança e para a disciplina de enfermagem.

Para permitir uma leitura clara e objectiva, o presente relatório, encontra-se organizado em dois capítulos que se iniciam com as descrições das actividades realizadas no decurso das diferentes experiências de estágio, analisadas de modo articulado e suportado na pesquisa bibliográfica e fundamentação teórica. Este primeiro capítulo compila não só as actividades relativas á integridade cutânea, mas, também todas as outras experiências e proficiências adquiridas nos diversos contextos de estágio, no âmbito das competências do EESIP. O segundo capítulo espelha o projecto de Investigação realizado para o Pré-teste de Validação de uma Escala de Avaliação do Risco em Neonatos, enunciando o processo metodológico no primeiro subcapítulo, a que se segue a apresentação do projecto redigido numa dinâmica de artigo e por último, o subcapítulo perspectivando projectos futuros de investigação sobre este tema.

Deste modo, o relatório torna-se a imagem de uma longa caminhada, de preparação para uma prestação de cuidados, que se traduzam em processos de «...». de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao 'mundo' da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e segurança do cliente» (Kelly *et al*, 2007, citado por Ordem dos Enfermeiros, 2010).

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Com o desígnio de cumprir os objetivos traçados foram realizados ensinamentos clínicos de acordo com o cronograma previamente planeado (Apêndice I). A escolha e duração das experiências clínicas relacionaram-se com a necessidade de compreender a dimensão do exercício profissional do enfermeiro especialista nos diferentes contextos assistenciais, dando especial enfoque aos cuidados em situação de Urgência/Emergência e Cuidados de Saúde Primários, pois representam as áreas nas quais não possui experiência profissional, apenas aquando da formação base.

A Educação Permanente é considerada nos dias de hoje como

“um processo contínuo e global de formação que engloba a aprendizagem inicial e a que se desenrola lado a lado com o trabalho, estendendo-se durante toda a existência e considerando-se parte integrante da vida. A formação dos profissionais assume-se como um *continuum* que começa na formação base e inclui a complementar e a formação contínua. A tónica da formação de adultos é colocada mais no seu carácter activo que na recepção de informação, por se tratar de formação na acção e sobre a acção, as actividades assumem importância central” (Nunes, 2003:21).

Benner (2001) identifica cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem, o Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito, existindo uma evolução gradual e temporal. Esta autora defende na sua obra que apesar de todos os conhecimentos obtidos através da formação, as competências são adquiridas e desenvolvidas ao longo da vida profissional no contexto de trabalho. Deste modo, importa referir que aquando do início deste projecto formativo, já existiam 14 anos de experiências técnicas, relacionais e de gestão, como chefe de equipa, em Unidades de Neonatologia e de Cuidados Intensivos/Intermédios de Pediatria, veículo facilitador para o aprimoramento da aquisição de competências como EESIP e perito na prestação de cuidados à criança/jovem/família em todos os estádios de desenvolvimento e contextos assistenciais.

O perito tem uma amplitude de actuação tão eficiente que percepção um problema só pela observação ou escuta do paciente. Sabe, sente, argumenta, tem a segurança e certeza de que a sua percepção é a realidade, promovendo uma rapidez no tratamento e restabelecimento. Esta complementaridade consegue-se

através da mobilização de saberes, atitudes e habilidades. Para se ser competente não basta ser detentor de conhecimentos e capacidades, assim sendo, “deverá aplicar os conhecimentos obtidos na sua formação, rentabilizando-os ao nível das suas potencialidades/competências, com vista à criação de uma identidade profissional, que tenha em linha de conta o seu “eu” pessoal, a sua formação e o local de trabalho onde desenvolve a actividade laboral “ (Castro, 2007:21). Le Boterf (1994: 41) determina competência como: um “saber mobilizar”, um “saber integrar” e um “saber transferir”, os conhecimentos e as capacidades.

A componente de estágio na área de EESIP justifica-se pela necessidade de adquirir essas competências para a assistência de enfermagem avançada à criança/jovem/família assistindo-as na maximização da sua saúde, nas situações de especial complexidade em resposta às necessidades e estádios de desenvolvimento (OE, 2010).

Assim, o objectivo primordial no decurso dos vários ensinios clínicos foi o de conhecer os processos de cuidados de enfermagem nos vários contextos, focalizando a atenção nas práticas relativas à promoção da Integridade Cutânea e ao registo dos cuidados relativos a esse foco de atenção de Enfermagem, e indicador da qualidade dos cuidados prestados. No entanto para aquisição do grau de mestre em EECJ foi de todo relevante a aquisição de competências que, permitam prestar cuidados em “parceria com criança/família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre...” (OE, 2010).

Tendo por base os objetivos traçados inicialmente, será feita referência às atividades desenvolvidas neste percurso teórico-prático, às aprendizagens que foram proporcionadas, e às competências que pôde adquirir e desenvolver, o que se passa a efectivar nos próximos subcapítulos organizados por ordem cronológica da realização dos ensinios clínicos.

2.1. A Criança em Situação de Urgência: prestação de cuidados em situações de especial complexidade

Esta experiência foi realizada no SUP, com a finalidade de compreender a dinâmica e funcionamento de um serviço neste âmbito assistencial, e de participar activamente na prestação de cuidados de enfermagem á criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

Este hospital, EPE, integra-se na rede do SNS, sendo a sua área de influência dois concelhos da grande Lisboa. Assiste uma população que ronda os 600 mil habitantes, superior ao expectável aquando da sua construção, e privilegia "... a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo de vida da pessoa (...). Faz também parte da sua missão, a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros profissionais" (in: sítio do SUP).

Apresenta um leque variado de valências de atendimento à população, no qual está incluído o Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, que incorpora o Serviço de Internamento Pediátrico, os Cuidados Intensivos Neonatais e Especiais Pediátricos, a Urgência e Consultas.

O SUP funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, e tem como principal missão: "Prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico (criança/pais) e utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde".

A doença e a hospitalização podem constituir as primeiras crises com que as crianças/adolescentes se deparam. Estas são particularmente frágeis pois a imaturidade e vulnerabilidade dos mecanismos de defesa, não lhe permitem ultrapassar, sem ajuda, os stressores resultantes de uma modificação do estado usual de saúde e da rotina ambiental (Wong, 2006).

É ao serviço de urgência que recorrem na procura de auxílio na resolução dos processos de transição saúde/doença. As reacções das crianças face á doença, são influenciadas pelo estágio de desenvolvimento, pela experiência prévia com situações de doença (com separação e/ou hospitalização), com a gravidade do diagnóstico e com o sistema de suporte disponível (WONG, 1999). Deste modo, mostra-se de extrema importância o conhecimento dos vários estadios de desenvolvimento da criança, a realização da colheita de dados objectiva e eficaz, e

de estratégias promotoras de cuidados não traumáticos, que possibilitem uma experiência com impacto positivo e enriquecedor para a criança/família.

Proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado, em qualquer momento da sua vida mesmo em situação de doença, é talvez o maior bem que se lhe pode oferecer. Um desenvolvimento infantil satisfatório contribui para a formação de um indivíduo com as suas potencialidades desenvolvidas, com maior possibilidade de se tornar um cidadão apto a enfrentar as adversidades do futuro. Mostra-se assim inegável o contributo que o enfermeiro tem neste processo, não só pelo seu papel de educador, mas também pelo seu posicionamento junto das famílias.

Neste contexto foi possível, durante um período de quatro semanas, prestar cuidados de Enfermagem à criança/família em todos os ambientes daquele SUP. Constituído fisicamente por dois gabinetes de triagem, quatro gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de inaloterapia, a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) (as crianças/adolescentes permanecem em observação, sendo internamentos de curta duração, não superior a 48h, podendo ser transferidos para outros serviços do departamento de pediatria do hospital) e a sala de Reanimação.

A dotação de enfermagem em cada turno é de cinco elementos, sendo que a distribuição é de um enfermeiro na triagem, um na sala de tratamentos e o terceiro no S.O., os outros dois elementos são EESIP, que ficam na retaguarda dos cuidados, substituindo os colegas para as refeições e reforçando o posto que está com mais sobrelotação de cuidados. Este rácio foi estipulado e a estrutura física do serviço desenhada, para a afluência de 1/3 do número de crianças do que na realidade assiste, factor condicionante ao tempo de espera, que em média, especialmente no inverno chega a atingir as quatro horas, para as situações consideradas menos urgentes, relevando a importância da triagem feita pelo enfermeiro.

Os motivos que originam a ocorrência ao serviço são variados, entre os mais comuns nesta fase do ano, estão as síndromes de dificuldade respiratória, síndrome convulsivo e os traumatismos.

O enfermeiro de referência que acompanhou este ensino clínico era EESIP, não estando colocado em nenhum posto de prestação de cuidados, assume as funções de chefe de equipa, responsável pela gestão e organização da equipa e material e

também pela prestação de cuidados às crianças em situação crítica/emergente que ocorram na sala de reanimação, o seu acompanhamento reforçou a aquisição de competências no âmbito da gestão de equipas e organização de cuidados.

Após conhecer o espaço físico, a orgânica do serviço e o circuito efectuado pela criança/família, assim como os protocolos existentes no mesmo, foram expostos os objectivos propostos no projecto de estágio, e delineadas estratégias conjuntas para os poder atingir, bem como as competências inerentes ao EESIP.

Do relato destacará as seguintes dimensões: intervenção do enfermeiro na triagem, a preparação para a intervenção cirúrgica urgente e a intervenção do enfermeiro face à dor em procedimentos urgentes.

Embora durante o estágio tenha percorrido os diferentes sectores constituintes do SUP, atendendo à especificidade da intervenção do enfermeiro na triagem, deu-se preferência pela permanência na mesma.

É utilizado o sistema de Triagem de Manchester, para classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao Serviço de Urgência. O Sistema é uma ferramenta para triagem de prioridades em contexto de urgência, desenvolvido em 1997 no Reino Unido, testado internacionalmente encontra-se em funcionamento em vários hospitais portugueses, é acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros. Utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao SUP, sendo entendido como mais um passo, no sentido de melhorar e sistematizar o atendimento á população. No entanto, várias lacunas no fluxograma de atendimento ao utente pediátrico foram detectadas pelo que, a Comissão Nacional de triagem está a desenvolver uma nova versão (3ª) que responda de forma mais adequada a esta população específica.

O momento de triagem destina-se á colheita e análise de todas as informações necessárias para a identificação e validação dos stressores (intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais) causadores de desequilíbrio no sistema cliente, permitindo atribuir uma cor que corresponde ao grau de gravidade (prioridade). É da competência do enfermeiro estabelecer de forma autónoma estas prioridades, sendo fundamental, que se possua um perfil que assente na autonomia, responsabilidade, competência, segurança, eficácia e em conhecimentos teóricos e práticos aprofundados/actualizados, para a avaliação de cada situação e de cada díade em particular. Revelou ser um processo complexo, que quando não é bem desenvolvido

pode levar a falhas graves no desenrolar e desfecho da situação. Portanto, é fundamental valorizar além dos aspectos mencionados pela criança/família, o seu comportamento e atitude que podem ser determinantes na detecção das necessidades do sistema criança.

Aquando do início da triagem, a pele mostra-se um foco importante da atenção do enfermeiro, representa um documento importante na recolha de dados para a efectivação da triagem, e veículo de detecção de mal-estar físico/psicológico e/ou social.

A triagem é efectuada em salas individuais atendendo à privacidade, promovendo um ambiente protector da criança/família da invasão à sua intimidade, contribuindo para a humanização dos cuidados, respeitando o Código Deontológico do Enfermeiro em que no Artigo 86º contempla “O respeito pela intimidade”, sendo um dever do enfermeiro respeitar e proteger a intimidade da pessoa e salvaguardar a sua privacidade. (OE, 2003).

O recurso a um SUP constitui sempre uma situação inesperada, geradora de ansiedade, tanto para a criança/jovem, como para os pais, que subitamente se vêm num ambiente estranho. O medo do desconhecido é um dos principais aspectos negativos referenciados por todos aqueles que recorrem a este tipo de serviços (Hockenberry & Winkelstein, 2006).

É o momento da triagem que marca o início da experiência da criança/família, o acolhimento no serviço de urgência tem de ser considerado um momento crucial, por todos os membros da equipa multidisciplinar (Vieira, 2002).

O acolhimento é um momento relevante na relação enfermeiro/utente, pois “... a admissão/acolhimento da pessoa no hospital é um momento muito importante e se os enfermeiros assim o considerarem este será um espaço privilegiado para que ao ser atendido de forma personalizada o doente possa baixar o seu nível de ansiedade, sentir-se pessoa...” (Coelho, 2000:176). Este é uma das intervenções autónomas do enfermeiro, inserido no contexto do cuidar e ligado à competência relacional do enfermeiro. A enfermagem tem como principal função cuidar do utente, sendo o acolhimento um dos cuidados que lhes prestamos, de acordo com Madeira et al (2004:18) um “bom acolhimento possibilita a identificação das preocupações e expectativas do doente podendo ajudar a diminuir a angústia e ansiedade, assim como construir uma relação de confiança e de ajuda...”.

Como resultado da observação realizada, verificou-se que os enfermeiros estão conscientes e sensíveis à problemática do acolhimento, estabelecem relação com a díade, desde a admissão até à alta, sobretudo em situações de maior complexidade. Demonstram igualmente estarem atentos ao estabelecimento da relação de ajuda e à adopção de formas de comunicação eficazes e adequados a cada criança/família. Apesar de se encontrar numa urgência, onde o tempo tem que ser optimizado ao máximo, na maioria das situações, mostra-se disponível para realizar e/ou reforçar ensinamentos, para ouvir os pais/família e a criança, para que as questões possam ser formuladas e as dúvidas esclarecidas, estabelecendo-se uma comunicação efectiva e eficaz nos dois sentidos.

Os pais ao trazerem o seu filho ao hospital enfrentam um momento de crise/stress, o que diminui as suas capacidades habituais para resolver problemas. Neste sentido, a maioria dos pais quando chegam e permanecem no serviço de urgência encontram-se extremamente ansiosos, não entendendo muitas das informações que lhe são fornecidas (Hockenberry & Winkelstein, 2006; Jorge, 2004). Verifica-se que muitas vezes não pedem explicações e/ou esclarecimento, talvez intimidados pelo discurso, impotentes perante a rapidez dos acontecimentos, que não conseguem prever. Acrescentando à situação emocional, factores como diferenças culturais e experiências anteriores, podem tornar incompreensível a informação mais simples, dificultando o processo de comunicação entre o enfermeiro e díade, condicionando a relação entre os mesmos. Todas as pessoas, sobretudo numa situação de stress, sentem necessidade de falar, de se expressarem, e essencialmente de se fazerem ouvir. Isto também é especialmente verdade num serviço de urgência pediátrica (Jorge, 2004).

A comunicação eficaz por parte do enfermeiro assume um papel preponderante no acolhimento e na redução das incongruências atrás referidas. Mantendo esta premissa de pensamento, deve ser detentor dos conceitos, direitos e padrões que fundamentam e orientam a prática pediátrica, também eles alvo de reformas essenciais ao longo dos tempos e que hoje refletem e balizam o referencial de acção: a criança. Um ser único e social, com um papel central nas relações familiares e na sociedade e com características, necessidades e direitos próprios. Comunicar eficazmente em pediatria significa respeitar na íntegra criança, o seu desenvolvimento e os medos que ela e a família têm particularmente, sem efectuar comportamentos generalistas. Embora a assistência em contexto de urgência seja

restrita de tempo e direccionado para o despiste da gravidade das situações de saúde, como vimos é um momento de especial complexidade no atendimento á criança/família. O enfermeiro consegue aliar a capacidade de comunicação dinâmica e individualizada com a capacidade para avaliar de forma rápida e eficaz os sinais e sintomas de doença.

Outra actividade planeada era a recolha de protocolos de prevenção e tratamentos de feridas. Muitos dos episódios de urgência reportam-se a traumatismos cutâneos. A ferida é um stressor que afecta o sistema criança, causando ruptura na linha de resistência, com influência directa nas diferentes variáveis, deixando a criança e família vulneráveis. A maioria destas crianças é cuidada no departamento da pequena cirurgia de adultos, apenas nas situações de queimadura são prestados os primeiros cuidados e depois a criança é transferida para uma unidade de saúde com esta especialidade. Não existem protocolos específicos para as crianças, facto que condiciona abordagem singular com cuidados e profissionais vocacionados para a pediatria. Também, e no âmbito da essência do projecto, foi pesquisado a avaliação do risco de úlcera de pressão em urgência, ocorrência desconhecida pelos profissionais, pelo que foram fornecidos documentos orientadores para essa prática. Outros dos aspectos que importa mencionar no decurso deste ensino clínico foram as experiências proporcionadas para desenvolver competências na preparação para a cirurgia da criança/família em contexto de urgência/ emergência. Em algumas situações particulares, existe a necessidade de submeter a criança a procedimentos invasivos no bloco operatório sem preparação prévia, como é o caso dos traumatismos ortopédicos e as apendicectomias.

Se a hospitalização já se trata por si só, de um processo de transição doloroso e stressante, quando conjugada com o impacto de uma cirurgia, que envolve um processo de transformação da imagem corporal e de procedimentos que ainda hoje se mostram muito invasivos e angustiantes, como por exemplo, a anestesia, o cuidar de uma criança que se submete a uma cirurgia implica muito mais do que a realização de procedimentos e técnicas. Mostra-se importante uma atitude de informação e orientação durante todo o processo desde a admissão até ao momento de chegada ao bloco operatório, esclarecendo a criança e/ou família quanto aos procedimentos, tanto quanto possível deixando-a ver e tocar em locais e materiais com que se confrontará, proporcionando-lhes um cuidado individualizado, com o

objectivo de uma recuperação mais rápida e consequente diminuição da permanência no hospital.

A Sociedade Americana de Anestesiologia (2007) reforça também nos resultados do seu estudo, que para além do que foi descrito anteriormente, que a preparação para a cirurgia no seu todo, tem resultados directos na redução da ansiedade antes e depois da cirurgia, bem como reforça o facto de que as crianças, ao acordar no recobro, demonstrarem menor desorientação e necessitavam de menos quantidade de analgésicos para alívio da dor. Nesse estudo comparativo entre crianças que tinham sido alvo de preparação para a cirurgia e outro grupo que não tinha tido qualquer preparação, os resultados comprovam o que foi relatado no parágrafo anterior.

Como o sistema criança ainda está em processo de fortalecimentos das suas linhas de resistência, é necessário que os profissionais acreditem nelas, as valorizem e envolvam em todas as actividades do ambiente hospitalar e não se enfoquem apenas na família. O estudo de Smith e Callery (2005), realça também que as crianças têm necessidades próprias que muito diferem das necessidades dos pais. Este tipo de estudos são muito importantes pois dão-nos informações que ajudam a antecipar cuidados e a renovar formas de actuação que vão de encontro às necessidades e individualidade de cada diáde. Desta forma, além de contribuir para a diminuição do trauma emocional, o período de permanência no hospital poderá ser, para a criança, oportunidade de crescimento biopsicossocial.

As experiências vividas neste âmbito evidenciam as necessidades sentidas pelas crianças e famílias na redução da ansiedade face ao internamento e ao procedimento cirúrgico, entre elas a de obtenção de informações sobre procedimentos, anestesia, tempo de internamento, ambiente hospitalar, o apoio da família, sentimentos, dor, alterações anatómicas. Para isso, mostrou-se importante que os enfermeiros utilizem o seu conhecimento para delinear e utilizar recursos que dêem resposta a essas necessidades.

Smith e Callery (2005), e a Sociedade Americana de Anestesiologistas embora se refiram apenas á idade escolar e adolescência no seu estudo, defendem a utilização de vídeos e panfletos explicativos, uso de métodos de distração, instruções das várias fases da cirurgia antes do acontecimento, inclusão dos pais em todas as fases do processo (pré-operatório e pós-operatório), e a prática da máscara de indução anestésica para depois se efetuarem os procedimentos dolorosos.

Enfatizam assim, a importância dos profissionais que lidam com crianças cirúrgicas, dedicarem maior atenção à capacidade de compreensão das mesmas. O facto de não terem alcançado a plenitude do seu desenvolvimento e ainda dependerem de outros para serem cuidadas, não as exclui da necessidade de serem envolvidas diretamente. É importante, que ao abordar a criança, todos os que a rodeiam se identifiquem, e todos os procedimentos que a envolvam lhe sejam explicados de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.

Também a este respeito, Smith e Callery (2005), através da sua pesquisa, verificaram a importância da utilização das várias teorias de desenvolvimento na abordagem e avaliação da criança. O facto de restringirmos a nossa avaliação a uma única teoria de desenvolvimento, por exemplo, Piaget, pode levar-nos para uma abordagem não compatível com a realidade da criança, pois cada criança transporta experiências anteriores, valores e cultura enraizados, que devem ser valorizados aquando da colheita de dados e da preparação para a cirurgia. Constatámos assim, quanto a perspetiva sistémica de Neuman nos pode ajudar, na compreensão e intervenção nesta experiência da criança.

Quando o enfermeiro cuida de uma criança tem de ter em conta algo mais do que apenas a criança em si mesma. A família da criança transporta uma perspectiva única para as questões que devem ser colocadas relativamente à saúde. Esta singularidade revela-se na cultura, grupo étnico, crenças religiosas e nas tradições familiares. Para prestar cuidados à criança, o enfermeiro deve ter conhecimento da estrutura familiar, para através dela, conseguir identificar e avaliar as suas forças e fraquezas. Cada tipo de estrutura familiar pode ser utilizado até ao seu potencial máximo para ajudar na recuperação da criança ou para facilitar a aceitação do seu estado de saúde.

Na sociedade actual, a família é considerada o veículo que fortalece o processo de crescimento e de desenvolvimento da criança a nível físico, psicológico, afetivo e social, adquirindo especial importância nos primeiros anos de vida, uma vez que é essencial no seu desenvolvimento (Wong, 2006).

Em pediatria exige-se também que os pais sejam alvo dos cuidados de enfermagem (Casey, 1995). E cuidar dos pais, implica estar atento às suas necessidades, promover as suas competências enquanto cuidadores de excelência relativamente à sua criança, bem como contribuir para a manutenção do seu papel parental em processos de parceria de cuidados entre enfermeiro e a díade.

Quando nos deparamos com uma criança em situação de cirurgia eminente, em que não houve tempo de se fazer preparação prévia, esta não deve ser de todo posta de lado.

Embora o período de tempo em contexto de urgência não seja o ideal, comprovou-se que é possível adequar as necessidades das crianças e família, por vezes apenas no percurso do serviço de urgência até ao bloco operatório, sendo a distância ainda considerável, o tempo e a qualidade da dos cuidados prestados mostraram-se suficientes. A informação oferecida promoveu a possibilidade de enfrentar o desconhecido, antecipando-o, descodificando objetivos, o seu significado e o seu propósito, além de corrigir o que não ficou assimilado. A boa prática recomenda que se faça uma avaliação aprofundada da criança e das suas condições psicossociais. A família é o pilar de informação, através dela pode aferir o estágio de desenvolvimento da criança e como esta reage aos vários stressores, e assim delinear técnicas mais apropriadas de comunicar toda a informação prioritária (verbal, visual, escrita e/ou sensorial), e escolha dos recursos materiais e estratégias de intervenção.

A compreensão da criança e da família sobre a sua condição de saúde e sobre os procedimentos a serem realizados, a experiência prévia de hospitalização, particularmente de situações adversas, os sintomas emocionais, cognitivos e físicos, medos em geral e de procedimentos específicos, são a base para uma preparação eficaz e eficiente. Não menos importante, como foi descrito anteriormente, reter atenção sobre factores intimamente relacionados com a composição familiar, factores linguísticos, culturais e religiosos, stressores familiares, como os socioeconómicos ou outros eventuais problemas de saúde, pois poderão influenciar todo o processo e necessitarem de ser alvo de atenção também por parte da equipa multidisciplinar.

A OE (2008:28) no guia orientador de boa prática emana directrizes que reforçam essa prática, “se o internamento ocorre no dia da cirurgia, e a preparação da criança/adolescente e família não foi realizada em ambulatório, o tempo que medeia até á mesma deve ser amplamente aproveitado de modo a que se possam conhecer o que vai acontecer e o porquê, através do método que for mais apropriado às suas características”.

Deste modo mesmo em situações de emergência e de instabilidade hemodinâmica, que exigem dos enfermeiros a capacidade de dinamismo, conhecimento,

competências técnicas e tecnológicas, habilidade, tomada segura de decisão e trabalho em equipa, não devem ser esquecidas todas as consequências nefastas de submeter uma criança e família a um procedimento cirúrgico sem qualquer informação prévia, mesmo que esta se faça em condições de urgência.

Os cuidados não traumáticos incorporam também a valorização da dor, imperativa e factor integrante na prestação de cuidados.

A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e económicas, tornando-a um problema de saúde pública. Segundo Dias e Brito (2002), o alívio da dor deve ser visto como um direito básico e, portanto, não apenas uma questão clínica, mas também ética e que envolve todos os profissionais de saúde. Neste contexto, a Enfermagem tem um papel fulcral na dinâmica da dor. A normativa da DGS recomenda-nos que a “dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital” (DGS, 2003:8).

É notória a valorização da dor no quotidiano da prática de cuidados, e foi alvo a apreciação dada a este facto no decurso do ensino clínico. Em situação de urgência/emergência, a criança é submetida a inúmeros procedimentos dolorosos que normalmente não requerem anestesia geral. No entanto existe uma necessidade efectiva do controle da dor e ansiedade.

Cada criança deve obrigatoriamente ter a avaliação da dor, que deve ser monitorizada com o auxílio de instrumentos de avaliação - escalas avaliação da dor: numérica, qualitativa, faces, hetero-avaliação, sendo esta última adequada a criança pré-verbais, com incapacidades cognitivas ou de comunicação verbal, baseadas nos indicadores hemodinâmicos e comportamentais adequado ao estadio de desenvolvimento de cada criança. Verifica-se a importância dada pelos profissionais na adopção de estratégias de coping, medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para minimizar o impacto da dor ou mesmo o seu aparecimento. A principal premissa é acreditar na criança, não subvalorizando o que esta refere e fazer juízos de errados de valor.

No entanto, é sobre uma das medidas farmacológicas que incide a curiosidade, visto ser desconhecida na prática de cuidados onde exerce funções. A terapêutica farmacológica para a dor compreende o uso de fármacos, analgésicos não opióides e analgésicos opióides com a inclusão variável de fármacos adjuvantes. O SUP está em fase de experimentação de um fármaco não opióide, para uso em procedimentos dolorosos em crianças, em situação de urgência/emergência, o Livopan®, designação comercial, ou "gás e ar", como é vulgarmente conhecido, é uma mistura gasosa de 50% de protóxido de azoto e oxigénio 50%.

O protóxido de azoto foi o primeiro agente inalatório conhecido, com propriedades anestésicas. É um anestésico fraco com propriedades sedativas, analgésicas e ansiolíticas e um potente analgésico, assemelhando-se a uma dose de morfina para o alívio da dor. Quando misturado com oxigénio a 50%, e porque é um anestésico fraco, raramente produz perda de consciência, produzindo elevada eficácia analgésica.

Factos descritos na literatura mostram que os efeitos analgésicos do protóxido de azoto, se deve á indução de substâncias bioquímicas, tais como endorfinas e a serotonina, actuando no cérebro e na espinal-medula promovendo a libertação de neurotransmissores endógenos. Estes activam as vias descendentes para inibir os impulsos de dor, mediante simulação de diversos receptores e modificação das vias de dor. Difunde-se rapidamente na corrente sanguínea, não se combina com a hemoglobina e possui uma elevada solubilidade expandindo-se em cavidades cheias de gás. É fácil e rapidamente eliminado pelos pulmões. A concentração em Oxigénio de 50%, cerca de duas vezes a do ar ambiente, garante um teor seguro de oxigénio no gás inspirado (Annequin et al., 2000).

A configuração comercial deste produto apresenta-se sob a forma de cilindro conectado a um regulador, e através de um tubo de alta pressão ligado a um bucal ou máscara. À válvula do regulador abre pela pressão negativa gerada pelo esforço inspiratório do paciente, fazendo com que o gás flua para os pulmões. O kit traz também máscaras faciais descartáveis e um circuito de fluxo livre e constante. Por serem mais leves, os cilindros facilitam o manuseio, transporte e operação, podendo ser disponibilizados e transportados para outros serviços do departamento de pediatria. A válvula integrada garante total segurança para o médico e paciente, já que não há necessidade de troca de reguladores, eliminando a exposição a altas

pressões de enchimento e riscos de vazamentos. Além disso, a válvula apresenta uma pressão constante e baixa, e o fluxo é graduado de acordo com o tratamento.

Este aparelho permite que o gás seja auto-administrado. A acção tem o seu início após 2-3 respirações - e dura enquanto o gás é respirado. Aquando da remoção da máscara ou bucal, a droga cessa de imediato a sua acção sem sequelas e em apenas três minutos os efeitos residuais e cognitivos desaparecem. O início rápido da actuação mostra-se adequado e compensador especialmente neste contexto, fornecendo terapêutica analgésica em procedimentos dolorosos, embora de curta duração.

Uma das vantagens do Livopan® é o fato de garantir que o paciente esteja no seu grau de consciência, e de capacidade física durante todo o procedimento, evitando o risco de sedação profunda, devido à mistura equilibrada de gases que assegura uma boa oxigenação.

As crianças são as grandes beneficiadas com o uso do produto, pois não possuem a mesma capacidade de racionalizar a dor que os adultos.

Assistiu-se a utilização deste fármaco em procedimentos considerados muito dolorosos como o tratamento de queimaduras, punção lombar, redução de fracturas, suturas, atenuados com a inalação do produto pela criança, com sucesso evidenciado pela redução da dor, diminuição do impacto psicológico, contribuindo deste modo para a eficiência do procedimento. Como resultado a médio/longo prazo verifica-se através de estudos realizados que o efeito amnésico e ansiolítico do Livopan® aumenta a receptividade a futuros procedimentos, diminui o impacto negativo de novos episódios de doença, não carece de uma preparação psicológica tão exaustiva, facilita a abordagem da criança/família por parte da equipa multidisciplinar.

Reconhecemos que ao EESIP cabe o aprofundamento do conhecimento e a aquisição de competências num domínio específico de enfermagem. E daí, resulta uma profunda compreensão da pessoa enquanto sistema (criança e família) e dos stressores com que se confronta nos seus processos de saúde e doença, num amplo entendimento das suas linhas de defesa e de resistência, do modo como responde em situações específicas, que conduzem a intervenções de elevado nível de adequação às necessidades de cada díade.

Percebeu-se que só através de um abrangente conhecimento das respostas humanas e de uma intervenção de elevado nível, podemos compreender a

complexa dimensão da díade criança/ família, a sua singularidade, a sua adaptação aos processos de transição e as suas reais necessidades, assim conseguimos que se traduzam na melhoria da prestação dos cuidados prestados e em ganhos importantes no nível de qualidade de saúde.

A prevenção primária incide em acções que visam evitar o contacto com stressores com o objectivo de melhorar a qualidade de vida da população e evitar situações de doença. O próximo subcapítulo expõe as actividades realizadas no âmbito dos cuidados na comunidade, promotoras de saúde e proteção específica da criança/jovem em risco.

2.2. Cuidados na Comunidade: maximização da saúde da criança/jovem e família

A escolha da Unidade de Cuidados Centrados Comunidade (UCC) deveu-se ao facto de ser a Unidade de Saúde na Comunidade da área de influência da instituição hospitalar onde exerce funções.

Este ensino clínico em contexto de CSP foi realizado numa Unidade de Saúde, pertencente a um ACES da grande Lisboa, sob a orientação da Enfermeira de Referência, EESIP, e decorreu no período de 2 a 29 de Novembro de 2013.

A Unidade de Saúde é constituída por uma UCC e duas USF, estas constituem as unidades funcionais que garantem o primeiro acesso dos cidadãos das freguesias abrangidas, a cuidados promotores de saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços da comunidade para a continuidade dos cuidados.

Para contextualizar brevemente, a reforma dos CSP, passou pela reconfiguração dos Centros de Saúde obedecendo a um duplo movimento: a constituição das USF e das UCC. As USF (unidades funcionais autónomas) para prestarem cuidados de saúde à população em todo o seu estágio de desenvolvimento, agrupadas por unidade familiar, proporcionando maior proximidade ao utente e maior qualidade de serviço. As UCC com o intuito de prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de domínio domiciliário e/ou comunitário, a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Actuam também na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades

móveis de intervenção. A reestruturação contempla também a criação de agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), promovendo a agregação de recursos e estruturas de gestão (Ministério da Saúde, 2011)

As UCC, de cariz multidisciplinar, prestam cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário, e comunitário, desenvolvendo projectos nas áreas da Saúde Materna, Intervenção Comunitária, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em risco, Violência Doméstica e Cuidados Continuados Integrados.

São constituídas por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outro profissional consoante as necessidades e disponibilidades de recursos. São coordenadas por um enfermeiro (a).

A equipa da UCC em que estagiei, direccionada ao apoio da criança/jovem e família integra inúmeros projectos e actividades de intervenção na Comunidade, destacando os seguintes: Projecto de Valorização Pessoal e Competências Parentais, Sensibilização para a Parentalidade (Curso de Preparação para o Parto) e Núcleo de Apoio à Criança/Jovem em Risco (NACJR). Os elementos de enfermagem são na sua totalidade enfermeiros especialistas, na área da saúde materna e saúde infantil, cada um responsável por freguesias que compõem a área de influência.

Ao longo de quatro semanas de estágio, teve participação activa nas diversas actividades previamente agendadas pelo enfermeiro de referência, EESIP, pertencente ao NACJR, que pretendem ir de encontro às necessidades da população que assiste e também responder aos documentos orientadores do PNSE e PNSIJ.

Após a apresentação do projecto e das necessidades enquanto formanda para aquisição do grau de EECJ delinearam-se as actividades que seriam mais pertinentes. A escolha do estágio foi feita, não para o tema do projeto, mas para a aquisição de competências, no cuidado à criança/adolescente em risco.

Para melhor redacção e consequente leitura do relatório, as actividades, experiências e competências, foram agrupadas em dois grupos descritos nos próximos subcapítulos, sendo eles os Cuidados Protectores da Criança com Risco Social e a Promoção de hábitos de vida saudáveis nos adolescentes em contexto de Saúde Escolar.

2.2.1. Cuidados Protectores da Criança com Risco Social

A prestação de cuidados à criança e família não se restringe somente à assistência diferenciada nas unidades de internamento ou de cuidados intensivos, mas também noutros contextos assistenciais. Hoje deparamo-nos com uma realidade assistencial pediátrica bastante diversificada, numa tentativa de dar resposta às múltiplas necessidades de cuidados de saúde sentidas pelas crianças e pelas suas famílias.

A sociedade actual tem atravessado rápidas e profundas alterações nas últimas duas décadas, que associadas a inúmeras transformações de cariz sociocultural, económico, de políticas de saúde, de “reconceptualização” da noção de saúde e do crescente e complexo desenvolvimento científico-tecnológico dos cuidados de saúde, requerem naturalmente que haja uma constante recriação do agir profissional dos enfermeiros, exigindo em situações de especial complexidade na comunidade, um olhar mais atento com enfoco em pormenores que facilmente poderiam passar despercebidos. O reflexo de algumas dessas vulnerabilidades a que a nossa população está sujeita, espelha-se no aumento exponencial de situações de saúde que advêm cada vez mais de factores do desgaste das condições socioeconómicas e das suas actuais políticas de saúde.

Situações de maus tractos, carências económicas, carências alimentares, situações de abandono, disfunções familiares e afectivas, requerem cada vez mais, além de uma abordagem técnica e centralizada, que exista também uma abordagem social aprofundada, efectivando a necessidade de reformulação e adaptação do exercício da enfermagem. Os cuidados devem reflectir, um compromisso profissional, moral e ético perante o mundo actual, com alterações do padrão de família tradicional, um crescente contacto com diversas culturas e estilos de vida e com contextos socioeconómicos cada vez mais degradados.

O enfermeiro deve diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (OE, 2009). Neuman (2010) refere-se ao papel do enfermeiro na prevenção primária com o conhecimento geral que aplica à avaliação do cliente, à intervenção, á identificação e redução, ou diminuição dos factores de risco, associados aos stressores, para prevenir possíveis reacções.

O âmbito dos cuidados na comunidade protectores da criança em risco incide sobretudo na formação de adultos. Embora esta formação se possa reportar aos educadores/professores e família, e existam actividades planeadas ao longo do ano também para esses profissionais, durante o período de estágio as actividades estipuladas contemplaram apenas a formação dos cuidadores directos, a família.

Coutinho (2004) salienta que os elementos da família - especialmente os pais, são tradicionalmente os primeiros prestadores de cuidados, são os organizadores, os modelos de comportamento, os disciplinadores e os agentes de socialização, num papel evidente de educadores dos seus filhos. Esta função parental vai mais além do que a simples interacção do tipo causal (questões executivas e de educação), assumindo uma complementaridade de papéis, onde se expressam a transmissão e a integração de regras, modelos comunicacionais, utilização de mitos, crenças ou ainda rituais familiares.

A primeira actividade realizada foi a concretização de um Projecto na área da Parentalidade e Saúde Infantil no âmbito da parceria entre o Ministério da Saúde e o núcleo de Inserção Social e de dois dos protocolos de cooperação entre o ISS e a Santa Casa da Misericórdia. Este projecto foi proposto para dar continuidade a realização de formações anuais orientadas para a promoção de competências parentais, dirigidas para mulheres/mães em situação de desemprego, com crianças com idades compreendidas entre os 0 e 18 meses, que usufruíam do RSI. Foi realizado em quatro sessões, distribuídas semanalmente durante o mês de Novembro. Tendo sido convidada a elaborar e apresentar a actividade designada aos cuidados de saúde Infantil para a 2ª sessão. Foi importante a participação como observadora nas outras sessões, pois comportavam temáticas pertinentes, moderadas por outros técnicos da equipa multidisciplinar. A 1ª sessão dirigida por uma técnica da segurança social foi direccionada á importância da inserção dos pais na comunidade, estratégias para adquirir um emprego e modelos comportamentais parentais. A 3ª sessão reportava-se á Segurança Infantil com metodologia expositiva e participativa com técnicos da APSI. Os acidentes domésticos são das principais causas de mortalidade e morbilidade na criança (APSI, 2009). Para as crianças tudo é novo à sua volta. Faz parte da sua essência mais inocente explorarem o mundo que o rodeia, também necessário e inerente ao seu desenvolvimento, daí a predisposição natural para que surjam diversos acidentes (Papalia, 2001). Cabe aos adultos, mais especificamente aos pais, darem segurança aos seus bebés e

crianças, pois educar passa também por proteger e oferecer um ambiente tranquilo e seguro aos seus filhos, para que estes se desenvolvam na sua plenitude, sem ocorrência de acidentes (Brazelton, 2005).

A 4ª sessão relacionada com a massagem e a música para bebés, como veículos impulsionadores da vinculação precoce.

Para a 2ª sessão estava agendada a formação que contemplava conteúdos sobre competências parentais relacionadas com hábitos alimentares saudáveis, cuidados de higiene e conforto, vigilância do desenvolvimento infantil – sinais de alerta, hábitos de sono saudável e vinculação precoce. Deste modo, dar ferramentas aos pais no sentido de fortalecer a linha de defesa normal mantendo o estado de equilíbrio e de estabilidade do sistema criança, tendo em conta o ajustamento de todas as variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual) do cliente aos stressores de modo a atingir um máximo de bem-estar (Neuman, 2010).

A formação teve como objectivo, apoiar e estimular a função parental, contribuindo para que os pais se tornem competentes em lidar com os seus filhos, educando-os, para que se possam tornar adultos saudáveis (Apêndice II). Relvas (2004) refere que as estratégias de intervenção devem começar pelos pais, porque estes são os principais agentes de ensino dos seus filhos.

Nas crianças mais pequenas as orientações e conselhos devem ser dirigidos à família promovendo o diálogo de modo a perceber o grau de desenvolvimento da criança e todos os factores que podem interferir nesse desenvolvimento. Wong salienta a importância do contacto com os pais ao referir que “as enfermeiras devem ser capazes de se comunicar não apenas com crianças de todas as idades, mas também com os adultos significativos em suas vidas” (Wong, 2006). Nestas faixas etárias é sobretudo através dos pais que conseguimos “chegar à criança” pelo que projectos como estes sejam considerados extremamente importantes para a promoção da função parental.

Foi também abordado o tema Primeiros Socorros (noções sobre primeiros socorros, mesmo que sejam básicas contribuem para uma intervenção mais segura em situações de acidente) e ainda procedimentos perante situações de doença súbita (febre, vómitos e diarreia) e os sinais de alerta a que os pais deverão estar atentos. Numa situação de contacto com agentes stressores e um potencial estado de enfermidade, Neuman denomina ainda de grau de reação, a quantidade de energia

necessária para que o cliente se ajuste aos stressores e restabeleça o estado de adaptação aos stressores (Neuman, 2010), neste sentido os pais têm um papel preponderante em situações de doença que não requerem participação dos profissionais de saúde, muni-los de orientações é também um papel do enfermeiro na prevenção primária.

A metodologia utilizada foi adequada aos formandos, uma vez que, segundo a equipa que gere este projecto, é uma população com fraca adesão aos compromissos e às formações que são agendadas. Pretendeu-se, que fosse interactiva entre formandos e formador, com metodologia activa, para manter o grupo interessado e motivado. Foram ainda, promovidas práticas exemplificativas, em relação aos procedimentos abordados, recorrendo a bonecos, simulando situações concretas e oferecidos exemplos contextualizados com a realidade das formandas. Como apreciação da formação, foram realizadas questões sobre as temáticas abordadas, avaliando-se os conhecimentos adquiridos durante a formação.

Coutinho (2004), afirma que os pais mostram um elevado nível de satisfação com os programas de formação parental, pois proporciona-lhes a aquisição de conhecimentos levando a que estes alterem as suas crenças, expectativas e atitudes de práticas parentais que se reflectirão nas experiências, interacções e competências que a criança alcançará ao longo da vida. Ainda no mesmo sentido, Coutinho (2004) assegura que as intervenções de enfermagem direccionadas para a promoção de saúde, aumentam o conhecimento das mães para que compreendam melhor os seus filhos e incentiva a aprendizagem sobre o desenvolvimento infantil, revelando-se serem bastante eficazes, pois reforçam o conhecimento e o incentivo das mães na promoção do desenvolvimento infantil.

Com o sucesso desta formação, foi proposto que se apresentassem mais três sessões, com os mesmos conteúdos em duas ISS, também a mães que fossem portadoras de ajuda por parte destas instituições. Estas actividades decorreram com adesão significativa e participação activa, partilha de dúvidas e experiências, entre mães e profissionais.

Estas sessões de formação sobre competências parentais realizadas permitiram desenvolvermos competências ao nível da relação e comunicação, especificamente com pais/família, em situação de risco e ambientes desfavorecidos, ou seja, "... apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura" (OE, 2009). Exigiu uma

intervenção de maior complexidade, uma vez que se tratava de uma população multicultural, inserida em bairros de habitação social (fruto de realojamento de dois bairros muito problemáticos do concelho), com fracos recursos económicos (na maioria a usufruírem do RSI e/ou apoio de ISS) e com inúmeros factores de risco associados (delinquência juvenil, abandono escolar precoce, desemprego, toxicodependência, violência e negligência a crianças...).

Outras das actividades realizadas estavam inseridas num projecto incentivado pela Câmara Municipal e outros parceiros, entre os quais, a UCC onde se realizou este ensino clínico, correlacionadas com a Mutilação Genital Feminina. Este projecto baseado em projectos europeus e internacionais procura dinamizar acções que privilegiem uma abordagem integrada aos fenómenos da Violência de Género no Concelho, nomeadamente aqueles que estão relacionados com a prática da MGF.

A equipa tinha planeado duas sessões de formação acerca da MGF e das complicações decorrentes, a curto e longo prazo. Esta mostrou-se uma actividade muito emotiva e especial, embora na primeira sessão com participação de apoio, pois tratava-se de uma temática muito específica e delicada. As formações realizadas exigiram pesquisa bibliográfica sobre a temática, planeamento cuidado, adequado à diversidade cultural e crenças, e apropriação de estratégias facilitadoras para a realização da formação, sem interferir nem ferir susceptibilidades. Na última sessão já com capacidade para participar e responder a algumas dúvidas.

As sessões foram realizadas *in loco*, na sede do projecto dentro do bairro, muito característico do Concelho, cuja maioria dos habitantes são migrantes vindos de países onde essa prática ainda hoje é efectuada. Os participantes, 21 mulheres, a maioria residente em Portugal há cerca de 3-7 anos, que trabalham cerca de 15 horas por dia em empregos precários. As sessões foram assim delineadas para as 21h, para permitir a abrangência do maior número de mulheres possível.

A MGF compreende todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos, ou provoquem lesões nos órgãos genitais da mulher, por razões não médicas. Segundo a OMS entre 100 a 140 milhões de meninas, raparigas e mulheres em todo o mundo foram submetidas à prática da MGF, prevendo que a cada ano cerca de 3 milhões de meninas e mulheres estão em risco de sofrer algum tipo de mutilação. Na maioria dos casos, a prática de MGF é feita durante a infância. No entanto há situações em que pode ocorrer antes do casamento e/ou após a 1ª gravidez. De acordo com a OMS (2000) Portugal é um

país de risco no que concerne a esta prática. O cálculo deste risco baseia-se na assunção de que as comunidades migrantes residentes em Portugal provenientes de países onde a MGF existe poderão continuar esta prática quer no nosso país, quer enviando menores ao país de origem. Desde 2012, é punida por lei em Portugal, considerada como violência e maus tratos contra as crianças. A DGS na norma de orientação clínica 05/2012 enuncia a importância dos profissionais de saúde na prevenção e recorrência desta prática através de actuação junto das comunidades. Não se mostra uma temática fácil de trabalhar pois implica mudanças radicais na cultura e tradições “milenárias”. O trabalho dos técnicos de saúde surge, após abordagem saudável do que é ser mulher e quais as tradições importantes a transmitir às crianças, realizadas por outros técnicos envolvidos no projecto, através de jogos interactivos. Apenas quando alguém interveio enunciando a MGF como uma tradição com consequências nefastas é que se iniciou abordagem directa á temática. Algumas das mulheres não se quiseram pronunciar, mas as mais novas que ainda não foram mães, contaram explicitamente a sua história. Muitas das outras mulheres já com filhos, sentiram-se intimidadas pois as suas filhas já teriam sido submetidas a esta prática, umas ainda antes de virem migrados para Portugal, outras enviadas de férias á terra natal para o fazerem.

A prática da MGF é considerada uma tradição com implicações a vários níveis. É entendida como uma tradição religiosa e vista como uma iniciação das meninas e raparigas no mundo adulto, levando à sua integração social. A nível estético e higiénico, esta prática leva a crer que os órgãos genitais femininos são sujos e impróprios. Sexualmente limita a sexualidade da mulher, logo é garantia de fidelidade. Crêem que aumenta os níveis de fertilidade e de sobrevivência dos recém-nascidos, e uma fonte de rendimento para quem a exerce (DGS, 2012).

Não é de todo fácil esta mudança de comportamentos, pois implica mudança de crenças, valores enraizados e que envolvem repercussões culturais e psicossociais. É um trabalho a médio/longo prazo que envolve, também a integração de regras e valores de uma sociedade ocidental, envolvendo experiências de literacia e proporcionar envolver todos os membros da família num trabalho conjunto. Assim foi também objectivo deste projecto, providenciar espaços próprios em ambientes públicos para enaltecer o que melhor existe nas tradições dessas famílias e mostrá-las com orgulho (música, vestuário, gastronomia e/ou artes).

As sessões realizadas pelos técnicos de saúde contemplaram os efeitos da MGF, prejudiciais à saúde da rapariga e/ou mulher e que mantêm-se ao longo da vida. A metodologia realizada pelo enfermeiro de referência, foi expositiva, com dinâmica activa e participativa, onde se mostrou através de um modelo a anatomia dos órgãos genitais femininos e os efeitos a curto (dor severa, choque, hemorragias (por vezes mortais), infecção por tétano, infecções generalizadas, retenção urinária, aparecimento de úlceras na zona genital, infecções urinárias, febre) e a longo prazo desta prática (anemia, formação de quistos e abscessos, lesões na uretra devido à incontinência urinária, relações sexuais muito dolorosas, hipersensibilidade da zona genital, formação de cicatrizes profundas, distúrbios ao nível do ciclo menstrual, infecções recorrentes do tracto urinário, infertilidade, obstrução, por vezes completa da vagina, maior risco de hemorragia em caso de parto (para o bebé e para a mãe)). Esta sessão teve a sua continuidade na semana seguinte, dirigida por uma representante dos direitos humanos para a MGF, responsável por várias palestras em toda a Europa, também submetida a essa prática em criança, sessão em que falou da sua experiência na primeira pessoa e mostrou um vídeo que explicitava a MGF a um criança de cinco anos numa tribo na Guiné-Bissau, foi sem dúvida a sessão que mais impacto causou e que as levou a questionar e refletir.

A visita prévia ao Bairro e a reunião informal com equipa do projeto sediada no local permitiu um conhecimento mais profundo desta população e da sua realidade. Deste modo “relacionou-se com a criança e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” (OE, 2009:23).

Nesta sessão de formação, demonstraram-se, conhecimentos sobre a temática abordada, sendo que foram mobilizados conhecimentos adquiridos da formação de base, formação pós-graduada e experiência profissional, relacionados com a multiculturalidade. Para além das competências atrás mencionadas, foram desenvolvidas competências ao nível da adequação “... estratégias motivadoras na família para a assunção dos seus papéis em saúde...” no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde. Sendo que a formação é muito pertinente em contexto de cuidados primários, sobretudo, quando são realizadas *in loco*, no próprio ambiente da criança/família (OE, 2009:21). Pretendeu-se ainda, com esta actividade, oferecer “ferramentas” às mães/mulheres presentes para gerirem com competência e consciencialização os processos a que a criança está sujeita, com implicações directas nas diversas variáveis (física, psicológica e de

desenvolvimento). As acções de promoção de saúde pertinentes e de qualidade desenvolvidas no contexto dos cuidados de saúde primários são fundamentais porque visam facultar conhecimentos necessários ao melhor desempenho da função parental, sendo estas potenciadas, se se realizam em parceria com agentes da comunidade. Houve partilha comunhão de saberes, o que contribuiu para o sucesso da mesma.

Importante salientar a visita a uma instituição de acolhimento de crianças retidas pela CPCJ, para efectivação do PNV, nas quais se teve oportunidade de conhecer as práticas diárias e hábitos dos profissionais e destas crianças, muitas delas provenientes da instituição hospitalar onde exerce funções. Apesar de afastadas do seio familiar, onde naturalmente deviam pertencer, estas crianças estão alojadas num lar devidamente preparado para as receber. A estrutura física está concebida e estruturada como uma habitação comum, os quartos decorados e adequados às faixas etárias, com muitos brinquedos e material didáctico. Aparentam estar felizes e sorridentes, recebem muito carinho e a dedicação destes profissionais que incutem regras, disciplina, mas, sobretudo tentam substituir o amor, os abraços e beijos de que estão privados de receber no dia-a-dia da sua família biológica. O cumprimento do plano de vacinação destas crianças é da responsabilidade do enfermeiro do NACJR, realizado no ambiente da criança, verificando-se assim menos reacções adversas ao procedimento doloroso. O enfermeiro é o técnico de saúde de referência destas instituições e sempre que necessário, é a ele que recorrem para despistar situações de doença.

Outras actividades realizadas no âmbito deste ensino clínico estiveram relacionadas com o papel do EESIP na saúde escolar, foram actividades relacionadas com o adolescente, a que se refere o subcapítulo seguinte.

2.2.2. Promoção de Hábitos de vida Saudáveis nos Adolescentes em contexto de Saúde Escolar

A adolescência é um período singular do desenvolvimento da criança caracterizado por múltiplas alterações, sobretudo a nível intelectual e sexual.

Nas várias teorias do desenvolvimento, o adolescente muda fisicamente assumindo um corpo semelhante ao do adulto, adquire novas capacidades a nível cognitivo, passando de um pensamento concreto para um pensamento abstracto com capacidade de pensar em hipóteses ou em conceitos abstractos.

Esta nova aptidão é manifestada pelo egocentrismo intelectual, em que o adolescente crê que as suas ideias são as melhores e considera-se apto para resolver todos os problemas. O mundo gira em torno dele, e defende as suas convicções pelo pensamento lógico-argumentativo, de acordo com a teoria de Piaget. As relações com os pais transformam-se, com aquisição de maior autonomia e os pares passam a constituir um ponto de referência e de identificação importante. Segundo Freud, é nesta fase que o jovem inicia as suas relações de intimidade e partilha, criando uma nova forma de relacionamento, que Freud define como o estágio genital (depois da puberdade), que corresponde à adolescência (Wong, 2006).

Esta fase é sem dúvida um período conturbado do desenvolvimento da criança, com necessidade de apoio e reforço nas tomadas de decisões, sobretudo no que concerne aos hábitos de vida saudáveis.

A escola durante o período lectivo representa para os estudantes a sua segunda casa, encontrando-se com um papel privilegiado e espaço seguro para preparação e aquisição de competências, que lhe permitam no futuro serem capazes de tomar decisões corretas e cuidarem da própria saúde.

Os resultados da investigação demonstram que os problemas de saúde e os comportamentos de risco relacionados com o ambiente e com os estilos de vida podem ser drasticamente reduzidos com a implementação de programas promotores de saúde em ambiente escolar (DGS, 2006).

Deste modo a entidade reguladora da saúde propõe no PNSE, orientações estratégicas centradas em programas nacionais e programas de promoção de saúde, que vão ao encontro das preocupações de saúde emergentes, baseadas em prioridades da população (problemas de saúde prevalentes na população juvenil portuguesa), com particular atenção para a escola (DGS, 2006).

Sendo um promotor privilegiado de saúde, o PNSE assume um papel de excelência na gestão dos determinantes de saúde de toda a comunidade educativa. . A equipa nuclear de saúde escolar é constituída por grupos multidisciplinares de profissionais de saúde, assumindo o enfermeiro o papel de interlocutor, pois é o profissional que mais tempo passam junto das crianças no desenvolvimento das diversas actividades e é o responsável pela articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde .

É ao NACJR desta UCC que cabe o desempenho dessas actividades no âmbito da saúde escolar. São delineadas em conjunto com as escolas e contemplam quatro eixos de intervenção preconizados no PNSE, sendo eles: a saúde individual e coletiva, a inclusão escolar, o ambiente escolar e os estilos de vida saudáveis.

No início do ano lectivo são realizadas reuniões entre a equipa de saúde (enfermeiro, médico, assistente social e psicóloga) e as direcções das escolas nas quais se identifica a população e as suas carências, delineando-se assim o plano de actividades. Como referido no início deste capítulo, o enfermeiro de referência é responsável por uma freguesia do Concelho a que estão adstritas determinadas escolas.

As actividades planeadas para o período do ensino clínico recaíam, sobretudo na promoção de hábitos de vida saudáveis e na saúde individual e colectiva em escolas do 2º e 3º ciclo. Segundo aferimos junto da coordenadora da UCC e do enfermeiro de referência, estas escolas são frequentadas na sua grande maioria por crianças provenientes de bairros sociais, migrantes, com condições socioeconómicas e habitacionais muito carentes. Muitas destas crianças fazem a única refeição na escola e já iniciaram comportamentos de risco (tabaco, álcool, drogas). Fazem parte de famílias disfuncionais, cujo modelo comportamental é desadequado, assumindo a escola o local onde se promulga a transmissão e a integração de regras e os educadores atribuído o papel de disciplinadores.

Previamente á apresentação das temáticas junto dos adolescentes, houve necessidade de aprofundar conhecimentos relativos a este período de vida da criança, formas de comunicação eficazes e também á leitura exaustiva das apresentações já previamente elaboradas pelo enfermeiro de referência.

As actividades realizadas foram: Eco Cozinha: Alimentação e Hábitos de Vida Saudável (Anexo I); Sexualidade e Afectos (Anexo II); Quem Quer ser Saudável: Os malefícios do Álcool (actividade realizada através de um jogo dinâmico e interactivo

com exposição de vídeos e perguntas acerca do álcool) e Hábitos de Sono Saudáveis (Anexo III).

Estas atividades mostraram-se benéficas para a aprendizagem e para o percurso formativo, habilitando para responder de forma eficaz perante o adolescente em situação de desequilíbrio e de alteração do seu bem-estar.

A capacitação foi manifesta na aquisição do conhecimento de possíveis stressores a que os adolescentes estão sujeitos, assim como das estratégias e recursos a utilizar para ajudar a fortalecer/restabelecer a homeostasia do sistema. Os stressores são aqui entendidos como forças ambientais com potencialidade de influenciar a estabilidade do sistema, podendo ser intrapessoais (ocorrem no indivíduo), interpessoais (ocorrem entre um ou mais indivíduos) e extrapessoais (exteriores ao indivíduo). Fortalecer a linha de defesa flexível (linha dinâmica na fronteira exterior da estrutura básica funcionando como uma espécie de “amortecedor” de proteção) com recurso a ensinamentos para a saúde é o propósito da enfermagem na prevenção primária para que o sistema se mantenha estável, prevenindo a entrada para o sistema de stressores, evitando que o sistema tenha de reagir perante os stressores ou mesmo que adquira sintomatologia (Neuman, 2010).

Foram também desenvolvidas capacidades comunicativas eficazes e assertivas com o adolescente, sobretudo o proveniente de estruturas familiares desregradas.

A comunicação é um “instrumento” básico e essencial para o estabelecimento de uma relação de ajuda, constituindo uma habilidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem. A relação desenvolve-se a partir de trocas enérgicas e eficazes, o que confere uma importância capital ao conhecimento de alguns princípios de comunicação (Phaneuf, 2005). Jean Watson na sua teoria ajuda a perceber melhor os contornos da comunicação e da relação, seja qual for o domínio onde são aplicados. Esta autora descreve os cuidados como sendo “o processo pelo qual mudanças positivas são produzidas no estado de saúde das pessoas” (Phaneuf, 2005:21). Comunicar exige autenticidade recíproca, capacidade de escuta, congruência e uma atitude empática. Exige tempo, disponibilidade física e emocional para que a relação se estabeleça e se consiga entrar no mundo do “outro” que pretendemos ajudar, e assim identificar necessidades, expectativas. Desta forma, poderemos adequar os nossos cuidados e obter maior colaboração e escuta, numa verdadeira relação de parceria (Phaneuf, 2005).

O guia orientador de boas práticas da OE considera a realização da entrevista ao adolescente, um momento único em que se torna essencial o estabelecimento de relação de confiança e de empatia, para que este sinta capaz de revelar sentimentos, problemas e perspectivas, sem se preocupar com represálias mas sim beneficiar desta relação. A entrevista preconiza três fases distintas: fase do acolhimento (apresentação e enunciação de como vai ser realizada a entrevista), fase exploratória (colheita de dados) e a fase de resolução (educação para a saúde baseada no processo de enfermagem – diagnóstico, planeamento e intervenção), mostra-se assim um veículo terapêutico, com visão holística do adolescente, permitindo um espaço de trabalho adequado ao esclarecimento de dúvidas, e desenvolvimento de competências (OE, 2010). Apesar do conhecimento deste guia e das vantagens da entrevista, o enfermeiro de referência, diz não ser adequado á abordagem em grupo desta população específica, embora quando referenciado algum adolescente especificamente, poderá ser passível de ser realizada.

Assim, sendo a fase da adolescência uma fase conturbada de transição para a vida adulta, estas actividades na sua globalidade foram sem dúvida um elemento de aprendizagem e um contributo importante para o entendimento profundo da situação da pessoa (conhecimento das diferentes variáveis implicadas e implicáveis) e também de respostas de elevado grau de adequação às necessidades do cliente (adolescente), nesta etapa específica do ciclo vital.

No próximo capítulo faz-se referência ao ensino clínico que envolve uma etapa importante do ciclo vital, especialmente no que diz respeito á promoção do desenvolvimento infantil. Os recém-nascidos prematuros estão pela sua condição de saúde, inevitavelmente predispostos a alterações decorrentes, a curto e a longo prazo, á realidade dos cuidados numa UCIN. A manutenção da integridade cutânea assume um papel fulcral na promoção da homeostasia do sistema criança e indicador da qualidade dos cuidados prestados. No próximo subcapítulo descrevem-se as actividades realizadas em dois contextos de prestação de cuidados ao recém-nascido prematuro.

2.3. A Pele como Interface no Processo de Cuidados de Enfermagem no Neonato – Estado de Arte

A Pele actua como interface entre o meio externo e interno, possuindo funções primordiais á sobrevivência do ser humano.

A Enfermagem é uma profissão que tem como papel fundamental o desenvolvimento de intervenções que ajudem a criança e família, quando submetidos aos stressores que advêm da sua condição de fragilidade, de forma, a recuperarem e manterem o equilíbrio físico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, através dos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Neuman, 2010).

Deste modo, a Enfermagem percebe a criança não como objecto, mas como sujeito activo e receptivo do cuidado, capaz de interagir com ela, e expressar as suas emoções: o prazer, a dor, a necessidade da procura de contacto, ou evitá-lo. Sob a linha de pensamento de Collière (1999), é impossível fragmentar o ser humano e cuidar apenas do seu corpo ou da sua mente, porque ambos são indissociáveis e compõem uma única unidade.

A Pele, na sua interface, é a fronteira entre o próprio e o não próprio, expressando as reações dos níveis não físicos do ser, estando ligada, aos grandes sistemas de regulação do corpo e da mente (Nepomuceno, 2009).

A pele é o órgão com maior dimensão, multifuncional, de contextura complexa, que tem a capacidade de se consonar às modificações do meio ambiente e às carências do organismo que preserva, revestindo-o homogeneamente na sua totalidade. É um órgão essencial para a sobrevivência humana já que actua como barreira protectora contra agentes do meio ambiente como bactérias ou vírus, sendo também responsável por funções essenciais como a termorregulação ou as funções sensoriais (tacto, pressão, frio, calor, dor...) (Martins, 2009).

A pele tem ainda uma função excretora de substâncias que necessitam de ser eliminadas pelo organismo. Prevenir o aparecimento de lesões que comprometam esta função primordial, vai consequentemente promover e contribuir para a manutenção de todas as outras funções, quer da pele, quer de todas as outras estruturas na generalidade, reflectindo bem-estar físico, psicológico e social da criança.

Uma das lesões cutâneas mais incidentes em contexto de internamento, que reflecte de algum modo, a qualidade dos cuidados prestados, é a úlcera de pressão. Apesar de todos os avanços científicos, as úlceras de pressão permanecem como um

desafio constante para todos os profissionais e instituições de saúde. A comunidade científica advoga que as úlceras de pressão são evitáveis, no entanto, as elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos, demonstram que existem dificuldades sérias nesta área, sugerindo mesmo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento (EPUAP/NPUAP, 2009).

Smith e Waugh (2009) defendem que os profissionais de saúde que continuam mais despertos para esta problemática continuam a ser maioritariamente os enfermeiros, sendo partícipes privilegiados com intervenções autónomas e interdependentes no desenvolvimento de estratégias de prevenção e de tratamento.

Os cuidados adequados à criança hospitalizada pressupõem o reconhecimento das suas necessidades específicas pela equipa multidisciplinar, considerando-se as diferentes etapas do seu desenvolvimento. Os padrões assistenciais, indicativos da qualidade dos cuidados prestados, têm sido estudados, com o objectivo de beneficiar a saúde dos clientes. A integridade da pele participa deste modo, na composição dos resultados positivos para o cliente (OE, 2001). Contraditoriamente, a manutenção da integridade da pele da criança, especialmente quando seu estado é instável, nem sempre é considerada uma prioridade. Foi para perceber como a pele é cuidada pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao neonato, em especial ao prematuro extremo, que se escolheu este local de estágio, pois na realidade onde presta cuidados, a média de idades gestacionais situa-se, sobretudo acima das 33 semanas, não abrangendo o grupo de maior risco. Assim, dadas as características da assistência diferenciada nesta unidade hospitalar, planeou-se este ensino clínico com o intuito de importar protocolos relacionados com a pele e tratamento de feridas ao neonato, que são relatadas no subcapítulo seguinte.

O segundo subcapítulo explicita as actividades realizadas no local onde exerce funções, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento do foco úlcera de pressão.

2.3.1. Cuidados promotores do desenvolvimento infantil: a importância da preservação da integridade cutânea no recém-nascido prematuro

O ensino clínico na UCIN de um Centro Hospitalar da grande Lisboa decorreu no período de 2 a 6 de Dezembro de 2013. A escolha deste local de estágio, como referido, esteve relacionada com o facto de esta ser uma unidade de referência em cuidados perinatais, que recebe recém-nascidos desde as 24 semanas, ou seja, prematuros extremos - limite considerado viável para o nascimento com percentagem de sobrevivência sem sequelas de 50% (Consensos em Neonatologia, 2004), até às 41 semanas de gestação.

Esta unidade é considerada também de referência, pois, tem suporte de múltiplas especialidades médico-cirúrgicas, e foi a unidade pioneira desde Janeiro de 2010 no tratamento da encefalopatia hipóxico-isquémica.

O objectivo neste campo de estágio era pesquisar protocolos de prevenção de lesões cutâneas e medidas de reconstituição (tratamento) que se pudesse importar para a prática de cuidados na unidade onde exerce funções.

Na equipa multidisciplinar, é concensual que a pele adopta um papel crucial na homeostasia do sistema criança. Criança que, internada e exposta continuamente a fatores stressores, principalmente os intrapessoais, interferem nas suas capacidades biológicas, fisiológicas e emocionais, quer pela doença e/ou pelo ambiente, compromete(m) naturalmente a sua linha normal de defesa. A linha normal de defesa, reflecte o estado normal de bem-estar (estável), e compreende capacidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais que são utilizadas pelo sistema (criança) para lidar com os vários tipos de stressores, a perda da integridade cutânea vai provocar desequilíbrio nas variáveis do sistema, particularmente nas variáveis biológicas (todas as questões inerentes a uma ferida), de desenvolvimento (condicionando o crescimento e desenvolvimento harmonioso) e na variável psicológica (impacto social/ familiar da ferida).

Todos os seres humanos possuem essa linha flexível de defesa, a pele, que é do tipo protecção por natureza, e age como um amortecedor, quando o ambiente é altamente stressante. Essa flexibilidade pode ser reduzida por mudanças intrapessoais, que em situação de internamento pode ser traduzida como, por exemplo, pelo aparecimento de úlcera de pressão.

Perante todos estes fenómenos relacionados com a integridade da pele, corrobora-se o conceito de Neuman sobre enfermagem, que a autora considera como uma profissão diferenciada porque se ocupa de todas as variáveis que afectam a resposta do indivíduo ao *stress*, podendo intervir em três níveis, pré-encontro (prevenção primária), encontro (prevenção secundária/tratamento) e reconstituição (prevenção terciária).

A prevenção primária relaciona-se com o conhecimento geral que é aplicado à avaliação do cliente à intervenção, identificação e redução, ou diminuição dos factores de risco, associados aos stressores, para prevenir possíveis reacções, prevenção do aparecimento de lesões. Os factores de risco mais frequentes, podem ser factores intrapessoais, relacionados com a imaturidade cutânea e estágio de desenvolvimento neuromotor, e os factores extrapessoais relacionados com o ambiente e com a presença de dispositivos médicos essenciais à sua sobrevivência. É sem dúvida na prevenção que se deve apostar, e o grupo de trabalho responsável pelos cuidados à pele desta unidade, elaborou uma norma de cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido, enunciando as especificidades anatómicas cutâneas do recém-nascido e quais os principais cuidados a ter na preservação da sua integridade. Esta norma centra-se essencialmente na variável biológica através da preservação e manutenção das funções da pele, no entanto mostram premente a realização de outras normas orientadoras que vão de encontro com as variáveis de desenvolvimento e psicológica (norma dos posicionamentos, ambiente e Canguru Care).

A prevenção de lesões cutâneas e a promoção do desenvolvimento infantil estão entrelaçadas e são interdependentes, o condicionamento de uma irá afectar a outra, negativamente.

Durante a gestação o bebé usufrui de um ambiente favorável ao desenvolvimento: temperatura estável, sonoridade própria, pouca luminosidade, estimulação tátil constante e confortável, adequada e proporcionada pela informação cinestésica e toque uterino e ausência de gravidade no meio intra-uterino promove o desenvolvimento simétrico do bebé. O feto no seu desenvolvimento intra-uterino, face à redução de espaço, adopta a posição em flexão generalizada aconchegando-se na parede uterina. A posição de flexão está associada à maturação fisiológica do feto (início na 28ª semana) e contribui para o desenvolvimento do tônus muscular

(início a partir da 36ª semana) (Merenstein & Gardner, 1998, citados por Testa *et al*, 2002).

Apesar de já possuir um conjunto de fibras musculares o bebê prematuro não apresenta força muscular para garantir um posicionamento adequado ou realizar ajustes posturais (Marcondes, 2000). Deste modo, mostra-se essencial a escolha de posicionamentos adequados que contribuam para um desenvolvimento neuromotor harmonioso, bem com na prevenção de lesões inerentes ao excesso de pressão exercida.

Deste modo, o posicionamento e manipulação correctos influenciam de forma positiva o desenvolvimento fisiológico e neurocomportamental do bebê prematuro, ocorrendo em menor incidência, hemorragias intraventriculares, displasias pulmonares, retinopatias oculares do prematuro e evita patologias posturais tais como: abdução da anca e rotação externa, eversão do tornozelo, ombros abduzidos ou retraídos, aumento da hiperextensão do pescoço com elevação dos ombros e modelagem craniana (Jorgensen, 2000). Kordestane *et al* (2006) realizaram um estudo em que concluíram que grande percentagem das crianças com deformações da caixa craniana apresenta alterações no desenvolvimento mental e psicomotor, causadas essencialmente por posicionamentos inadequados.

Assim, mostra-se crucial sensibilizar a equipa para as estratégias corretas de posicionamento prevenindo alterações músculo esqueléticas e neuro comportamentais que podem advir do incorreto posicionamento do recém-nascido, em especial do prematuro.

Para um desenvolvimento apropriado do bebê prematuro, é necessário também a promoção de um ambiente com diminuição dos estímulos nocivos e com técnicas de posicionamento e manipulação adequados. As guidelines do correto posicionamento centram-se em quatro princípios fundamentais: orientação em linha média, flexão, contenção, criação de limites e facilitar o movimento mão-boca (Merenstein & Gardner, 1998, citados por Testa *et al*, 2002).

O conforto através da criação de um ambiente semelhante ao útero materno e facilitação dos movimentos de flexão e de movimento mão à boca que são essenciais ao conforto do bebê, desempenham um papel importante como auto tranquilizante e auto-regulador. A contenção proporciona um sentimento de segurança e conseqüente diminuição de *stress*. Os bebês sob contenção são mais tranquilos, necessitam de menos sedação e aumentam de peso mais rapidamente

(Jorgensen, 2000). Promover limites está associado com maior eficiência na auto-regulação, no controle fisiológico e melhor desenvolvimento neuromuscular. No entanto, é importante equilibrar as necessidades de contenção com as de movimentação, deixando espaço para que se movimente dentro das suas capacidades e necessidades próprias.

Para que se possa maximizar a técnica dos posicionamentos, é necessário o uso adequado de dispositivos que vão auxiliar na correta adequação da criança ao meio envolvente. Uma das lacunas manifestada é a falta de material de apoio específico para o posicionamento, substituído por materiais não adequados, mas harmonizados na tentativa de minimizar sequelas.

Além dos princípios fundamentais do posicionamento, é da competência dos profissionais de saúde estarem alertas para possíveis sinais de *stress* manifestados e redefinir estratégias de resposta adequada (Sinais de *stress* fisiológico - apneia, taquipneia, alteração da coloração, espirros, extursão da língua, soluços, tosse, vômitos, bocejo e suspiros; Sinais de *stress* motor - hipotonia ou atonia, movimentos globais em flexão ou extensão, actividade frenética difusa; Sinais de *stress* de comportamento - não organização dos estádios sono/alerta, irritabilidade, choro, olhar de susto/ pânico, desvio do olhar) (Jorgensen, 2000).

Os sinais descritos além de comprometerem a estabilidade e homeostasia do sistema, são factores de risco potenciadores á quebra da linha normal de defesa, com desenvolvimento de úlcera de pressão, quer pela presença de forças de fricção e cisalhamento devido á agitação psico-motora, á interrupção dos períodos de sono, que condicionam entre outros, a má absorção de nutrientes ou a perfusão tecidual e oxigenação alteradas (Fujii, 2006).

Especificamente para o planeamento do processo de enfermagem direccionado para a neonatologia, Gibbins (2007) desenvolveu o modelo do MUCD, é também um modelo de sistemas, com um núcleo central onde a criança é o elemento principal. Esta estrutura de cuidados é única, e visa dar resposta individualizada às necessidades de cada criança/família. Reconhece a relação entre a criança criticamente doente e a família, destacando a pele como fronteira e superfície partilhada entre o prestador de cuidados e a pessoa, e que abrange o micro e macro ambiente.

Um dos focos está na protecção da criança/família ao nível das vulnerabilidades físicas, psicossociais e emocionais, tal como Neuman pressupõe a protecção das

variáveis do sistema, criança, procurando minimizar os efeitos negativos do internamento hospitalar. Para este modelo, as terminações nervosas nunca tocam no ambiente, o que toca no ambiente é toda a superfície da pele. É através da pele, a linha normal de defesa no modelo de sistemas de Neuman, que são prestadas todas as intervenções necessárias e também a pele, que emana indícios de alteração do bem-estar da criança. O diagrama do presente Modelo apresenta a criança no centro, sendo através da sua pele que se efectua toda uma panóplia de intervenções (controlo da temperatura, alívio da dor, colocação de adesivos para fixação de dispositivos médicos, administração de drogas transdérmicas, inserção de catéteres e drogas endovenosas, cuidados a feridas, controle da infecção, aplicação de detergentes e surfactantes, fototerapia, monitorização hemodinâmica, método canguru, massagem), que visam a homeostasia do sistema central, no entanto a perda da integridade compromete e pode interferir na sua funcionalidade (Gibbins, 2007).

O MUCD incorpora os sistemas celulares e moleculares fisiológicos da medicina interna, a variável biológica para Neuman. Coloca o prestador de cuidados da UCIN, para além do microambiente da criança/família. A colocação destes elementos numa órbita protectora à volta da díade criança/família realça o papel chave dos cuidados face à sua vulnerabilidade, o modelo pode ser utilizado como estrutura para operacionalizar os conceitos e traduzi-los em práticas de cuidados.

O ambiente está inserido na órbita mais exterior do Universo. O micro e macro ambiente devem ser considerados durante a implementação e avaliação dos cuidados para o desenvolvimento: o microambiente inclui a luminosidade, níveis de ruído, estrutura da unidade, que se interliga com a fronteira partilha de cuidados, e que considera minimizarem os stressores extrapessoais, referidos por Neuman.

Os elementos psicoemocionais surgem de um conhecimento de humanização partilhada entre o prestador de cuidados e a criança/família. O toque intencional, terapêutico, as práticas de cuidados envolvem um cruzamento recíproco entre o organismo e o ambiente com a interface partilhada de cuidados, reduzindo assim a quebra do vínculo materno e minorando os stressores intrapessoais.

Coloca assim, a família numa proximidade estreita com a criança, reconhece a verdadeira natureza da relação da criança com a família no contexto hospitalar, reconhece que a família é a constante da vida da criança, reconhece a individualidade da família e as suas forças, reconhece a parceria que deve emergir

entre os prestadores de cuidados da Neonatologia e os pais/família de uma forma colaborativa e interdependente. Vimos também aqui a forte relação com o modelo sistemas de Betty Neuman.

Do atrás referido podemos depreender que deverá existir um planeamento adequado dos cuidados, individualizado, em que ambos os modelos podem ser aplicados ao contexto de prestação de cuidados neonatais, cruzados e utilizados concomitantemente aquando do planeamento do processo de enfermagem.

Da observação feita existem características estruturais e de funcionamento da unidade que se mostram impeditivas para a aplicação prática dos conceitos e de alguns cuidados promotores do desenvolvimento neuromotor linear do RN. A UCIN inaugurada na década de 50, tem sofrido alterações, na sua estrutura física e organizacional, e a nível de aquisição de recursos materiais inovadores. No entanto, essas alterações não têm acompanhado a evolução das orientações internacionais, pelo que o espaço físico da UCIN está desactualizado e inadequado, às necessidades do RN/família/profissionais. Em relação ao ambiente, a unidade é munida de tecnologia de ponta, a que inevitavelmente se associam, elevados níveis de intensidade luminosa e de ruído. A sobrecarga tecnológica, o *design* arquitectónico (de pequenas dimensões, sem individualidade entre as unidades dos RN), a gravidade de situações clínicas e as particularidades das equipas multidisciplinares que coexistem em simultâneo, originam elevados níveis de *stress* físico, motor e comportamental na díade (criança/família), mas também nos profissionais.

As visitas e a sua interacção com os RN são restritas e envolvem regras, que muitas vezes limitam a interacção sócio-afectiva dos bebés com a família. Em qualquer situação de emergência, condicionadas pelo espaço físico, a família é afastada, por vezes por múltiplos períodos e muito prolongados.

Segundo a opinião global da equipa de enfermagem, tem-se verificado que ao longo dos anos se tem lutado para mudanças radicais necessárias, evidenciado maior preocupação em prestar cuidados humanizados e individualizados e em aplicar técnicas promotoras do desenvolvimento do RN. Porém, ainda demonstram ter alguma dificuldade em dar resposta às necessidades de uma forma global e sistematizada. Isso verifica-se através das manipulações excessivas e por vezes sem critérios, pela não sistematização dos cuidados, pelo ruído excessivo e sem controlo (dos profissionais e visitas), pelo excesso de luminosidade e por todo o

ambiente físico da unidade. Enunciam algumas dificuldades na mudança dos cuidados, desde há muito, orientados por tradições, regras, protocolos e cuidados de rotina, baseados no modelo biomédico, privilegiando a manutenção da vida, variável biológica, em relação às restantes variáveis, tão importantes para a homeostasia do sistema criança.

Outro dos objectivos deste ensino clínico foi importar medidas de reconstituição (tratamento de feridas) da pele para o contexto actual da prática de cuidados na unidade onde exerce funções.

Como referido anteriormente, a pele do RN prematuro ainda não atingiu a sua plenitude, o subdesenvolvimento das camadas que a compõem, restringem a aplicação de produtos tópicos. Segundo os Consensos de Neonatologia (2004:26) a principal premissa no tratamento de feridas no período neonatal é que “qualquer substância aplicada na pele de um RN, especialmente se for pré-termo, é susceptível de ser absorvida. Assim deverão ser usados produtos com baixa toxicidade.” Apesar de se verificarem alguns estudos de investigação em torno desta temática, ainda não existem protocolos, nem produtos específicos no mercado, disponíveis para uso seguro no tratamento de lesões no prematuro (Irving, 2006). Os estudos baseiam-se na prática empírica da aplicação de produtos comercializados com baixa toxicidade, com resultados positivos, como é o caso do hidrogel, hidrocoloídes e óxido de zinco (Fujii, 2010). As lesões cutâneas mais comuns a que esta população está predisposta são as úlceras de pressão (associadas á imobilidade e aos dispositivos médicos), lesões por extravasamento (soros e/ou terapêutica) e lesões com perda da epiderme resultantes da remoção de adesivos (Irving, 2006).

Apesar de não existirem muitos estudos acerca da incidência e prevalência de lesões no neonato, os escassos estudos isolados em UCIN, mostram valores entre 5% e 16% de lesões relacionadas na sua maioria com a presença de dispositivos médicos e decorrentes da imobilidade (Baharestani, 2007; Irving, 2006; Sanada *et al*, 2008). Neste sentido, além de medidas de restauração, importa também aludir as medidas de prevenção primária, para evitar o contacto com stressores inerentes á sua condição de saúde. Medidas preventivas incluem inspecção regular da pele, o uso de protecções das zonas de maior pressão com hidrocoloídes finos, alternância de decúbitos, hidratação da pele, uso de material de posicionamento adequado,

alternância dos sensores de oxigénio, manutenção da temperatura e o uso mínimo de adesivos (Fujii, 2010).

Da observação realizada as medidas preventivas são aplicadas na sua plenitude. Como referido no início do capítulo, é a unidade de referência/pioneira da grande Lisboa para o tratamento de criança com encefalopatia hipóxico-isquémica, um quadro muito grave de asfixia neonatal, através da hipotermia induzida, técnica inovadora, sem risco acrescido, que consiste no arrefecimento controlado da temperatura corporal do recém-nascido em risco, que atinge os 33,5°C durante 72 horas, período no qual o recém-nascido fica em decúbito dorsal sem possibilidade de alternância de decúbitos, o que aumenta em grande escala o risco de lesões derivadas da imobilidade. Esta técnica é mandatória na imobilização da criança durante 72h em decúbito dorsal. Destaca-se o risco de ocorrência de úlcera por pressão na região occipital, a qual é considerada um local frequente de desenvolvimento desse tipo de lesões em lactentes, dada a maior relação proporcional da cabeça em relação ao corpo. É utilizada uma almofada de gel a proteger a pressão da cabeça exercida sobre a superfície de apoio e com manipulação mínima é feita a hidratação da pele em contacto com os lençóis. A estrutura nasal e a comissura labial encontram-se protegidas com placa hidrocoloídes. Não se reportam lesões destes pacientes desde o início da implementação deste tratamento na unidade, o que simboliza atenção dada pelos profissionais na instituição de medidas preventivas.

Quando abordados em relação ao tratamento de feridas, referiram ser ínfimos os casos registados, e quando de facto acontece, é solicitada a intervenção da cirurgia pediátrica, que faz a prescrição e o tratamento da lesão, desconhecendo por esse motivo os materiais/apósitos utilizados. No que se refere a lesões por extravasamento, também muito comuns nesta população, foi explicado que não são colocados catéteres periféricos para administração de parentéricas e/ou administração de terapêutica endovenosa corrosiva, é colocado um catéter central de inserção periférica, evitando assim o riscos de ocorrência de lesões dos tecidos por extravasamento e prevenindo também submeter a criança a punções venosas repetidas e aos riscos que daí podem advir.

Também planeado e realizado, concomitantemente com este ensino clínico, o curso organizado pela APTF, "*Tratamento de Feridas em Pediatria*" (Anexo IV). São raras as formações no âmbito do tratamento de feridas para a população pediátrica,

mostrou-se assim importante a sua inclusão como actividade na complementaridade da pesquisa bibliográfica efectuada, sobre tratamento de feridas no período neonatal. O programa incluiu a anatomofisiologia da pele, as fases de cicatrização, a abordagem aos vários tipos de feridas, a inclusão da família na criança com feridas e a exposição de casos clínicos com propostas de tratamento. No entanto, este último muito debruçado sobre casos clínicos de crianças na sua maioria com idade superior a seis meses, referem também alguma insegurança e incerteza em relação ao período neonatal, enunciando alguns dos produtos identificados na investigação (óxido de zinco, hidrocoloídes, hidrogel), com baixa toxicidade.

De novo, conseguimos trazer a especificação de adesivos á base de silicone para fixação de catéteres periféricos, que permitem a respiração adequada da pele e são de fácil remoção, evitando lesões com perda da epiderme resultantes da sua remoção, sendo passíveis de ser importados para a prática de cuidados. No entanto, os conteúdos ministrados foram pertinentes e reforçaram as competências nesta área tão específica.

2.3.2. Prevenção da Úlcera de Pressão: indicador de qualidade dos cuidados prestados

A Unidade de Saúde onde exerce funções é o resultado de uma parceria público-privada projetada para dar resposta à necessidade de substituição da anterior instituição, que, com mais de 40 anos, se encontrava física e estruturalmente inadequada para prestar cuidados de saúde de qualidade à população envolvente. Esta organização foi pensada, criada e construída de raiz não só para assegurar assistência com excelência, bem como para prosseguir uma gestão responsável e criteriosa dos recursos humanos, físicos e tecnológicos disponíveis.

A filosofia do serviço respeita, na íntegra, os artigos constituintes da Carta da Criança Hospitalizada (Leiden, 1988), assim como as demais recomendações, quer nacionais quer internacionais, que nos servem de orientação para prestar cuidados de qualidade e, sublinhe-se, cada vez mais humanizados.

A arquitectura (janelas que permitem controlar a luminosidade, portas com sistemas de diminuição do ruído, espaços amplos entre as unidades das crianças, sala de descanso para os pais...), a decoração do ambiente (cores claras), o projecto paisagístico (janelas viradas para o mar e para a serra...) e até a escolha criteriosa

dos materiais lúdicos (com brinquedos adequados) e de trabalho (material de posicionamento, incubadoras, berços, cadeirões para cada família...), foram na sua globalidade concebidos para responder com uma prestação de cuidados menos traumáticos e num ambiente mais acolhedor. As vantagens são inúmeras e de extrema importância para as crianças/famílias e profissionais, actuando como um veículo de redução do medo e angústia (menos impacto tecnológico) e adequação de um ambiente promotor do desenvolvimento infantil e que agiliza a comunicação entre pais e profissionais - um processo facilitador da recuperação da doença, da diminuição da fragilidade emocional, que os pais têm quando um filho se encontra doente; e também da consolidação de uma política centrada na família. Deste modo, é um contributo para uma maior humanização dos cuidados e satisfação dos utentes, ministrando a melhoria das condições de trabalho e a ampliação do grau de satisfação dos profissionais, para que no dia-a-dia a qualidade dos cuidados prestados seja ainda melhor.

Acompanhando a crescente informatização dos serviços de saúde, esta Unidade de Saúde tem como recurso, para a documentação dos cuidados de enfermagem, uma aplicação informática denominada de “Desktop de Enfermagem”, orientada para o registo dos cuidados de enfermagem prestados em todos os serviços do hospital.

A informatização clínica nos serviços de saúde tem sido um dos aspectos em destaque pelos decisores políticos. Segundo a Comissão para a Informatização Clínica (2011) do Ministério da Saúde, a informatização clínica é “a criação de sistemas informáticos capazes de armazenar e disponibilizar dados de saúde, médicos, de enfermagem, ou quaisquer outros, actuais ou históricos dos utentes, onde se registam todo o tipo de informação: doenças crónicas, realização de exames, medicamentos receitados e vacinas etc... Estes dados podem estar num hospital, clínica, USF ou Centro de Saúde, sendo a base de trabalho da medicina moderna.”

Após definir e implementar um modelo de incorporação de dados de enfermagem (padrão documental), que permitisse a produção de informação válida acerca do contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde da população que recorre a essa Unidade de Saúde, hoje, a documentação dos cuidados de enfermagem é realizada segundo as etapas do Processo de Enfermagem com recurso à linguagem que a OE preconiza, a CIPE®.

Deste modo é possível a extracção de indicadores de saúde, de acordo com o documento “Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde”, que permitirão tirar conclusões promotoras da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, atingindo assim, maiores ganhos em saúde.

Os padrões assistenciais, indicativos da qualidade dos cuidados prestados, têm sido estudados, com o objectivo de beneficiar a saúde dos clientes. A integridade da pele participa na composição dos resultados positivos para o cliente (OE, 2001).

Os indicadores de avaliação da qualidade como formas numéricas ou não, são obtidos a partir dos sistemas de informação, sendo utilizados para melhorar as atividades realizadas ou mensurar o grau de risco de um evento ou agravo à saúde e assim, atribuir valor a dados ou aspectos da realidade que se deseja conhecer e, a partir destes conhecimentos, intervir para alcançar objectivos (Nepomuceno, 2008).

A OE (2004) preconizou alguns indicadores que concedessem visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados ao cliente. Um dos indicadores alude directamente ao contexto do projecto, e refere-se: á taxa de incidência e prevalência das úlceras de pressão e ao conhecimento do prestador de cuidados para prevenir as úlceras por pressão, como resultados sensíveis e representativos dos contributos dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, foi proposta pela Direcção de Enfermagem ao Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas a organização de cursos de formação, com abrangência a toda a equipa multidisciplinar acerca da úlcera de pressão, e deste modo facilitar o acesso a informação científica actualizada e melhorar o desempenho dos profissionais, sobretudo na área da prevenção. Andrade (2010) refere que a prevenção é muita vez desvalorizada pelos profissionais de saúde. A literatura mostra que esta lesão significa um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, pelo acréscimo de custos relativos aos recursos humanos e materiais, mas, principalmente, pela dor e sofrimento a que os doentes/famílias ficam sujeitos. Assim foram realizados seis cursos com duração de dois dias (Anexo V), que abrangeram 55% da equipa multidisciplinar de toda a instituição, sendo que 45% eram enfermeiros, denotando a preocupação desta temática como uma área tão importante da actuação da enfermagem.

Como elo de ligação do GPTF ao Departamento de Pediatria, a área de formação incluiu aspectos relacionados com a anatomofisiologia da pele do utente pediátrico,

os instrumentos de avaliação de risco (Braden e Braden Q), Medidas Preventivas/Materiais disponíveis para o alívio/redução da pressão no Departamento de Pediatria e Tratamento de Feridas em Pediatria (Apêndice III).

Além destas actividades e também importante, foi participar na revisão da documentação relativa ao foco Úlcera de Pressão (Apêndice IV). Embora ainda em fase final da reelaboração, estão definidas as várias fases do processo de enfermagem, onde constam os Diagnósticos de Enfermagem – Risco de Úlcera de Pressão ou Úlcera de Pressão Presente no domicílio/hospital, as Intervenções de enfermagem que reflectem os cuidados de enfermagem e dão resposta aos Diagnósticos enunciados com elaboração dos procedimentos associados às intervenções (em fase final de concepção), permitirá deste modo, futuramente fornecer instrumentos úteis para planos de cuidados cada vez mais adequados e individualizados, cientificamente sustentados. A realização destas actividades permitiu a aquisição de competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais, Competências Comuns do EE.

Para obtenção de resultados mensuráveis relativos á qualidade do exercício de enfermagem, quanto ao Foco - Úlcera de Pressão, a OE (2007) procedeu à elaboração de fórmulas, que expressam a taxa de ocorrência e prevalência, onde se mostra necessário proceder-se á avaliação do risco do paciente.

Incorporando a CIPE® através do Foco Úlcera de Pressão, os princípios dos sistemas de informação em enfermagem e uma Escala de Avaliação do Risco podem-se determinar as mencionadas taxas, o que vem reforçar a pertinência do capítulo seguinte, o estudo de investigação para a pré-validação estatística para Adaptação e Validação da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (NSRAS).

3. ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE OBSERVAÇÃO DO RISCO DE LESÃO DA PELE EM NEONATOS: UM ESTUDO DE PRÉ-VALIDAÇÃO COM RECÉM-NASCIDOS PORTUGUESES

Este capítulo tem como finalidade retratar o projeto de investigação desenvolvido com o objetivo de enfatizar a importância da observação da pele da criança prematura através de um instrumento válido e fiável. Este projeto foi realizado concomitantemente com o decurso das Unidades Curriculares de Opção II e Estágio com Relatório. Foi um processo moroso e exaustivo, cuja pretensão inicial era a realização do teste final de validação da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos, mas que por restrições de tempo à sua execução, foi reformulado ficando como objectivo principal a realização de todas as fases do processo de investigação, para a pré-validação estatística, em recém-nascidos portugueses, de uma Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele.

O método científico encontra-se amplamente caracterizado na literatura como um processo sistemático, fundado por um conjunto de procedimentos, passos e regras operacionais que baseiam a investigação. Para Polit (2004), a investigação em enfermagem e a utilização do conhecimento são essências para a melhoria constante na compreensão da condição doente.

Num primeiro momento pretende-se de uma forma sucinta enunciar as fases do processo metodológico de adaptação transcultural do instrumento de medida, com base no procedimento de validação segundo às *guidelines* internacionais, num segundo momento, apresenta-se o artigo de cariz científico, que reproduz o estudo de pré-validação estatística com Recém-Nascidos Portugueses para a Adaptação e Validação da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos. Por fim, faremos um conjunto de reflexões sobre as aprendizagens realizadas com este estudo e sobre as perspectivas de intervenção futuras.

O início do processo de Investigação surge com o emergir do problema, seleccionando a problemática que se quer estudar. Como referido anteriormente, umas das lacunas que se observou, foi a não existência de um instrumento de avaliação do risco de úlceras de pressão para a população neonatal. Actualmente, a DGS (2011) e a OE (2009), bem como outras instituições de carácter internacional, consideram a prevenção de úlceras de pressão, um direito que assiste o cliente em

todos os contextos de prestação de cuidados. Neste sentido, testar um instrumento de avaliação de risco de úlceras de pressão para a população neonatal, daria sentido às normativas emanadas pela WHO (2009) e pela DGS (2011), bem como resposta aos padrões de qualidade da OE.

Após pesquisa bibliográfica, para escolha do instrumento de medida adequado, foi seleccionada a *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NSRAS) desenvolvida nos Estados Unidos, em 1997, por Barbara Huffines e Cynthia Logsdon. A NSRAS foi baseada na escala de Braden para população adulta, mas utilizando os fatores de risco específicos para o desenvolvimento de úlceras de pressão em neonatos. É constituída por seis itens: *Condição Física Geral* (idade gestacional), *Estado Mental*, *Mobilidade*, *Atividade*, *Nutrição* e *Humidade*, cada um deles com um formato de medida ordinal com 4 pontos (escala de tipo *Likert*). Os “scores” (somatório) dos itens variam entre 6 e 24 pontos, sendo o “score” mais baixo representativo de baixo risco, e o “score” mais elevado representativo de risco alto.

Após permissão das autoras da escala original, para a sua utilização para a tradução, para o idioma português e a para a pré-validação para a população neonatal portuguesa (Anexo VI), foi elaborado o cronograma do decurso do projecto (Apêndice V).

A presente investigação respeitou também os princípios éticos submetendo o pedido de consulta ao Conselho de Administração, cujo parecer foi positivo (Anexo VII), pois não envolvia riscos de natureza física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural para os colaboradores e/ou participantes. A participação no estudo foi sujeita á assinatura do consentimento informado dos colaboradores (Apêndice VI) e dos pais dos recém-nascidos alvo das observações (Apêndice VII). As fases de tradução, retrotradução, comissão de peritos e aplicação em campo, estão representadas na tabela 1. Essas fases deram origem a versão final a ser utilizada na testagem final da escala (Anexo VIII).


	Fases de Elaboração do Projecto	
1ª Fase: Tradução	<ul style="list-style-type: none"> • Tradutor A – Português, bilingue e tradutor oficial – Versão 1 • Tradutor B – Português, bilingue e com conhecimentos do estudo e na área de saúde – Versão 2 	1ª Versão
2ª Fase: Retro Tradução	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das versões 1 e 2 dos tradutores por 3 peritos na área do estudo (neonatologia) e ajuste do instrumento • Retorno ao autor da escala para validação de significado de cada item (equivalência semântica) (Anexo IX) • Análise de desvios por peritos na área do estudo (neonatologia) e ajuste do novo instrumento 	2ª Versão
3ª Fase: Comité de Juizes	<ul style="list-style-type: none"> • Submissão a uma comissão de dez peritos: diversos especialistas da cultura da população alvos / Peritos nos constructos da escala (equivalência do item - idiomática / equivalência conceptual / equivalência semântica) <p>(ELCOS – Sociedade de Feridas) (Anexo X)</p>	3ª Versão
4ª Fase – Pré teste	<ul style="list-style-type: none"> • Realização do <i>Workshop</i> formativo e informativo aos colaboradores em campo (Apêndice VIII) • Aplicação em campo do instrumento, á população com características semelhantes à população do estudo original (equivalência operacional) • Sugestões sobre formato e aparência visual, compreensão das instruções, dos itens, adesão aos conteúdos • Análise e tratamento de dados (SPSS e Amos (v.22)) • Registo de alterações • Elaboração de um artigo de cariz científico 	4ª Versão
		 Versão Final

Tabela 1. Fases de Elaboração do Pré-Teste de Validação da NSRAS

Importante referir que outra actividade proposta para este objectivo era expor este projecto sob a forma de *poster* no I Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa. Esse evento decorreu no Auditório do Hospital São Francisco Xavier nos dias 15 e 16 de Novembro de 2013, no qual a participação com o *poster* “Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão no Recém-Nascido: Pré-Teste para Validação de um Instrumento” (Apêndice IX) que reflete o percurso do processo de

investigação para a validação e adaptação transcultural da “*Neonatal Skin Risk Assessment Scale*” (NSRAS) em Portugal, ganhou o 1º prémio (Anexo XI).

Todas as actividades propostas inicialmente para a concretização deste objectivo foram realizadas, e estão descritas num artigo já em formato de publicação, que se apresenta em seguida.

Outro aspeto que se pensa ter sido atingido durante este percurso foi a consolidação do conceito de autonomia do enfermeiro. Segundo o artigo n.º 9 do REPE, “consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (Decreto-Lei, 1996:2961).

A divulgação da produção científica é fundamental para o desenvolvimento das práticas profissionais e para a consolidação da própria ciência. Deste modo, realçamos a importância da divulgação deste processo, pelo que se optou por este relatório incluir em anexo a redacção deste artigo científico (Apêndice X), que é o resultado do trabalho de investigação realizado e cujo conteúdo contempla o problema investigado, o referencial teórico, a metodologia utilizada, os resultados alcançados, as dificuldades encontradas no estudo bem como sugestões/caminhos para investigações futuras.

O propósito a curto prazo é a divulgação, através da publicação em revistas especializadas, da investigação efectuada e resultados obtidos.

Todo o trabalho desenvolvido exigiu uma constante procura de conhecimentos ao nível da Investigação, Gestão e Formação e assim a consolidação do conceito de autonomia do enfermeiro. Segundo o artigo n.º 9 do REPE, “consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (Decreto de Lei, 1996:2961).

Ao terminar este relatório considerou-se que não faria sentido a sua finalização sem perspetivar o futuro próximo. A importância atribuída a instrumentos de avaliação do risco, como a NSRAS, fez-nos ir um pouco mais além, e continuar o estudo de validação da escala. Não faria sentido, terminar este estudo, com a sua importância

referida anteriormente, se se ficasse pelo pré-teste, pois haveria a sensação de não concluir o objectivo da Investigação, que era o de adquirir um instrumento de avaliação do risco para a população neonatal portuguesa. Deste modo, no sentido de dar continuidade e efectividade prática a este estudo planeou-se o Teste de Validação da NSRAS, para o último semestre de 2014.

Como referido na conclusão do artigo, é imprescindível a participação de outras Unidades de Neonatologia e a inclusão de crianças com idade gestacional compreendida entre as 24 semanas e as 35 semanas. Assim, iniciou-se esta última fase, com o convite formal a outras unidades distribuídas a nível nacional para que participassem no estudo. O convite foi realizado por correio electrónico (Apêndice XI), às Direcções de Enfermagem das instituições seleccionadas. Até ao momento, estão confirmadas 10 Unidades de perinatologia das 15 convidadas. De referir que esta adesão ao estudo mostra motivação, consciência profissional, e responsabilidade pelos profissionais de saúde, com um papel activo e voluntário, para um caminho na melhoria dos cuidados prestados às nossas crianças.

Para formação dos colaboradores em campo, tal como para o pré-teste, está planeado um *Workshop* (Apêndice XII) que irá decorrer no auditório do HPP Hospital de Cascais no dia 8 de Maio de 2014, intitulado: “*INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM: DOS PARADIGMAS CIENTIFICOS Á PRAXIS – O PERCURSO PARA VALIDAÇÃO DA NSRAS*”. Este *Workshop* foi programado não só para dar a conhecer a NSRAS e o seu percurso de validação, mas também para proporcionar momentos de partilha entre profissionais da mesma área de actuação. Para tal, foi delineada uma manhã de trabalho com convidados de referência, para trabalhar áreas tão importantes como a Investigação em Saúde, os Indicadores de Qualidade, Instrumentos de Avaliação do Risco e a Perspectiva do caminho da Disciplina de Enfermagem.

Neste âmbito foi também efectuada uma reunião na Direcção Geral da Saúde, com a Enfermeira Bárbara Catanho de Menezes, responsável pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013, para convidá-la a estar presente neste *Workshop* e para constatar o percurso necessário para a implementação da NSRAS como complemento da normativa orientadora da DGS nº 017/2011 de 19/05/2011.

4. CONCLUSÃO

O exponencial desenvolvimento técnico e científico verificado nos últimos anos nas áreas da saúde e a emergente produção sistemática de novas evidências fez emergir um amplo conhecimento, em permanente transformação, que implica uma constante actualização, que por si só, justifica a delimitação do saber por áreas específicas. É neste contexto que surgem os cursos de especialização de enfermagem que pretendem corresponder às crescentes exigências de saúde da população (Leite, 2006).

A especialização nasce então, como um aprofundamento do conhecimento num domínio específico, que resulta na profunda compreensão da pessoa em diferentes processos de transição. Assim exige-se do enfermeiro especialista “*...níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a uma campo de intervenção especializado*” (OE, 2007). Em Pediatria, a especialização desponta como um contributo importante na prestação de cuidados diferenciados e especializados à criança e família, sobretudo em situações de maior complexidade, nos diferentes contextos de assistência.

Remetendo para o relatório apresentado, a Unidade Curricular Estágio com Relatório, constituiu a oportunidade prática de desenvolver a identidade como Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, em diferentes contextos da prática, onde se conjugou os novos conhecimentos adquiridos com toda a experiência profissional e a formação de base e pós-graduada adquirida, mobilizando a teoria e prática de forma sistemática, na abordagem à criança e família.

No decurso das diferentes experiências de estágio foram vivenciadas oportunidades de aprendizagem, que exigiram a capacidade de análise crítica abrangente sobre um vasto leque de informação relacionada com a prestação de cuidados à criança e família, culminando no trabalho, aqui apresentado.

As experiências permitiram ainda, o aperfeiçoamento de competências técnico-científicas específicas a cada contexto. Uma revisão bibliográfica cuidada possibilitou, precisamente, aprofundar conhecimentos sobre a temática central – Integridade Cutânea, bem como, outras pertinentes no cuidar da Criança/família, e

fundamentar estratégias que possam ser implementadas perante as situações/problemas detectados.

A complexidade que reveste a promoção e manutenção da integridade cutânea é uma temática de enorme interesse pessoal, e que, no âmbito desta formação académica, culminou com a realização do desejo de intervir para a melhoria da qualidade de vida das crianças, nomeadamente dos recém-nascidos, através da realização do estudo de pré-validação de um instrumento de avaliação do risco. Espero que na fase conclusiva do projecto se possam observar os contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao recém-nascido/família, mas também valorizar a intervenção da enfermagem. A equipa de enfermagem conseguirá obter indicadores de saúde, de acordo com o documento “Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde”, que permitirão tirar conclusões que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, maiores ganhos em saúde e comparar resultados a nível nacional e internacional.

A elaboração do relatório final traduziu um percurso exaustivo, no entanto, foi uma experiência compensadora, uma vez que ao desenvolver uma área de interesse, promoveu-se, não só a formação pessoal, como também, dos profissionais envolvidos. O contacto com os campos de estágio, com as suas dinâmicas de trabalho específicas, e o desenvolvimento de actividades de acordo com os objectivos traçados permitiram desenvolver capacidades ao nível do planeamento de cuidados e intervenção perante as especificidades de cada díade, adequados às suas necessidades, quer na prevenção da doença, quer na promoção ou recuperação de saúde. Importa salientar que também se adquiriu competências ao nível da comunicação e relação interpessoal, uma vez que, cuidar inicia-se na relação interpessoal que se estabelece entre enfermeiro e díade, e só através dela se consegue alcançar uma visão sistémica. Com todo este percurso, o pensar sobre o que se faz e encontrar melhores formas para o fazer, se assim se verificar, contribui-se de forma importante para tornar as tomadas de decisão mais seguras e com maior autonomia na prestação de cuidados.

Analisando o código Deontológico que rege a profissão, verifica-se que os enfermeiros devem “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia,

comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados” (OE, 2009:3).

Penso que os objetivos planeados foram alcançados, quer a nível organizacional, quer a nível pessoal. As atividades contribuíram através das reflexões sobre a prática de cuidados que desencadearam, das discussões entre pares que despoletaram e da procura de conhecimentos que exigiram, para um percurso formativo bastante enriquecedor, e promotor da aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao título de enfermeiro especialista em EECJ. Destaco como grandes aquisições as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, com grande ênfase na liderança e gestão de recursos, particularmente a comunicação verbal e não-verbal efetiva e clara, e a motivação de grupos em prol de um objetivo comum. Saliento também o desenvolvimento das competências do domínio da assistência à criança/jovem e família na maximização da sua saúde, adequando os cuidados de enfermagem às suas necessidades identificadas, assim como aos estadios de desenvolvimento em que se encontram.

Assim, neste Relatório, encontramos reflectido um trabalho que engloba a mobilização de conhecimentos adquirido-aprofundados nas dimensões teóricas, de autoformação e de prática clínica, espelhando sem dúvida, desenvolvimento pessoal, educacional e profissional, com o objectivo primordial de se tornar perito, que como Benner (2001:58) refere “compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema (...) age a partir de uma compreensão profunda da situação global.”.

5. BIBLIOGRAFIA

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) (2007). Neonatal Skin Care Second Edition. Evidence-based clinical practice guideline. Washington (DC). Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).71.

Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Baharestani , M. & Ratliff, C. (2007). Pressure Ulcers in Neonates and Children: an NPUAP White Paper. *Advances in Skin Wound Care*. 20 (4). pp 208-220

Barata, E. (2002). *Cosméticos, arte e ciência*. Lisboa. Lidel: Edições Técnicas.pp 1-27.

Barel,O.;Paye,M.;Maibach,I.(2009).Handbook of cosmetic Science and Technology. Nova Iorque:Informa Healthcare. 3.pp 613-623.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra. Quarteto Editora.

Byrne,M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS. Basic Concepts, Application and Programming*. London: LEA.

Blume-Peytavi, U.; Hauser, M.; Stamatatos, G.;Pathirana, D.; Garcia, N. (2012). Skin care practices for newborn and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatric Dermatology*; 29, pp 1-14.

Butler CT. (2007). Pediatric Skin Care: Guidelines for Assessment, Prevention and Treatment. *Dermatology Nursing*; 19, pp 471-486.

Brazelton,T.B. & Sparrow,J. (2005). *Acalmando seu Impaciente Bebê*.Artmed.

Castro, C. (2007). *“Percepção dos Enfermeiros sobre os contributos do CCFE para a melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem”*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

Coutinho, M.(2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*. 22(1).

Collière, M. (1999). *Cuidar...A primeira arte da vida*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Curley, M.; Razmus, I.; Roberts, K.; Wypij, D.(2003). Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale. *Nursing Research*. 52.pp 22-33.

Dealey, C. (2006). Tratamento de feridas: Guia para enfermeiros. Lisboa: Climepsi Editores.

Direcção Geral da Saúde (2005). Saúde Infantil e Juvenil – Programa Tipo de actuação: Orientações Técnicas. 2º Edição. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde. (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (BradenQ).Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i015800.pdf>.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

Fernandes, L. M.; Caliri, M. H. L. (2008). Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 16(6). pp 7

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007). Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden (1ª ed.). Coimbra: Lusociência.

Fujii K.; Sugama J.; Okuwa M.; Sanada H.; Mizokami Y. (2010). Incidence and risk factors of pressure ulcers in seven neonatal intensive care units in Japan: a multisite prospective cohort study. *International Wound Journal*. 7.pp 323–328.

Gouveia, J. (2004). Os custos económicos das úlceras de pressão. Disponível em: www.gaif.net.custoseconomicos.pdf

Gray M. (2004). Which pressure ulcer risk scales are valid and reliable in a pediatric population? *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*.31.pp 157-60.

Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R. & Tatham, R. (2006).Multivariate Data Analysis (6th Ed.). New Jersey: Pearson Educational.

Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Silabo.

Hockenberry et al – Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (2006). Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier. 7. pp 1079-1093.

Huffines,B. & Lodgson MC. (1997). *The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for predicting skin breakdown in neonates*. *Issues Comprehensive Pediatrics Nursing*.20. pp 103-114.

Irving, V. (2006) .Wound care for a preterm neonates. *Journal Wound Care*. 2(3). 102-106.

Joint Comission International (2007). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais*. 3. Illinois.

Kahn, J. (2006). Factor Analysis in Counseling Psychology. Research, Training, and Practice: Principles, Advances and Applications. *The Counseling Psychologist*. 34(5). pp 684-718.

Kline, R. B. (1998). *Principles and practices of structural equation modeling*. Nova Iorque: Guilford.

Leite,N.;Mendes,V.(2008).Cuidados á pele do recém-nascido pré-termo. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/1132622-overview>

Le Boterf, G. (1994). Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. *Formar*. (10). pp 1-42.

Lund,C.;Kuller,J.;Lane,A.;Lott,JW.;Raines, A.(1999).Neonatal Skin Care: the scientific basis for practice. *Neonatal Network*.18(4).pp 15-26.

Marôco, J. (2010a). *Análise estatística: com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Marôco, J. (2010b). *Análise de Equações Estruturais. Fundamentos Teóricos, Software e Aplicação*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Marôco, J., & Bispo, R.(2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.

Marôco, J., & Garcia-Marques, L. (2005). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. *Laboratório de Psicologia*. 4(1). pp 65-90.

Martins,C.;Tapia,C.:(2009). A pele do recém-nascido prematuro sob a a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea.*Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 62(5). pp 778-83.

McDonald, R. P. & Ho, M. R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods*. 7. pp 64-82.

Nepomuceno, L.; Kurcgant, P. (2008). Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 42 (4). pp 665-672. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-q62342008000400008&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0080-62342008000400008

Neuman, B. (2010). The Neuman Systems Model. 5rd Edition. Norwalk: Appleton e Lange. pp 732.

Nunes, L. (2003). Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures: Lusociência. pp 20-21.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. pp 1-5.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. In: Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. In: Cadernos Temáticos – Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. pp 1-10.

Organização Mundial de Saúde (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10ª Revisão. Disponível em: www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/.

Papalia *et al.* (2001). O Mundo da Criança. (8).Lisboa.

Polit, D. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ªed. Porto Alegre: Artmed.

Pancorbo, P.; Garcia, F.; Lopez, I.; Alvarez, C.;(2006). Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal Advanced Nursing*.5. pp 94-110.

Phaneuf, M.(2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lisboa: Lusodidacta.

Sanada, H.; Miyachi, Y.; Ohura, T.; Moriguchi, T.; Tokunaga, K.; Shido, K.; Nakagami, G.(2008). The Japanese pressure ulcer surveillance study: a

retrospective cohort study to determine prevalence of pressure ulcers in Japanese hospitals. *Wounds*.20.176–182.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. 5ª ed. Lusociência: Loures.

Vieira, J. (2002). Triagem de enfermagem na urgência geral de adultos. *Sinais Vitais*. 42 33-35.

Willock, J. et al. (2005). Multicenter research: lessons from the field. *Pediatric Nursing*.17 (10). pp 31–33.

Worthington, R. & Whittaker, T. (2006). Scale Development Research. A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *The Counseling Psychologist*. 34(6). pp 806-838.

ANEXOS

ANEXO I – DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO: ECO-COZINHA:
ALIMENTAÇÃO E HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL

ECO COZINHA-Alimentação e hábitos de Vida Saudável



Esperamos que consigam
ficar a conhecer:

- A diversidade de alimentos a dispor,
- O papel e a importância de cada grupo de alimentos,
- O que é o equilíbrio alimentar e a importância da refeição.

Os alimentos são transformados pelo organismo em energia, que nos mantém vivos e de boa saúde. Para além da energia, os alimentos contêm nutrientes que ajudam o corpo a cumprir com as suas funções e a combater as doenças.



ECO COZINHA-Alimentação e hábitos de Vida Saudável

O pequeno almoço é a refeição mais importante do dia porquê?

- A) Após um longo período de sono e sem comer, o nosso corpo necessita de nutrientes (alimentos) para começar a funcionar sem desgaste.
- B) Os alimentos do pequeno almoço são os mais saborosos



ECO COZINHA-Alimentação e hábitos de Vida Saudável

Devemos fazer 5 a 6 refeições por dia

v

f



Devemos escolher alimentos de várias cores nas nossas refeições porque:

- A) O prato fica mais bonito
- B) Quando juntamos alimentos de várias cores significa estamos a comer alimentos que nos dão nutrientes diferentes e permitem uma alimentação equilibrada e completa

ECO COZINHA Alimentação e hábitos de Vida Saudável



Dez boas decisões alimentares

1. Fazer da água a principal bebida

do dia, a acompanhar refeições e fora delas. A água permite hidratação correta sem excesso calórico, ajuda a regular a temperatura corporal, permite ótimo desempenho físico e intelectual, contribui para a adequada regulação da pressão

arterial e ainda uma pele sadia.

ECO COZINHA
Alimentação e hábitos
de Vida Saudável



Dez boas decisões alimentares

2. Começar as refeições principais com uma

sopa de hortícolas, que em alguns casos se pode até transformar na refeição principal com a adição de leguminosas (feijão, grão, ervilhas), carne ou peixe. A sopa é, em Portugal, uma das principais fontes de hortícolas, produtos ricos em substâncias protetoras e em fibra, essencial ao bom funcionamento intestinal, saciedade e regulação da gordura ingerida.

ECO COZINHA
Alimentação e
hábitos de Vida
Saudável



Dez boas decisões alimentares

3. Inclua leite e laticínios nas pequenas refeições ao longo do

dia. Apenas um copo de leite possui cerca de 28% do cálcio necessário por dia para um adulto, 2,4% da Vitamina D, 22% do fósforo...ou seja, o leite é um super alimento de baixo custo e facilmente disponível de manhã ou em qualquer hora do dia.



ECO COZINHA
Alimentação e
hábitos de Vida
Saudável



Dez boas decisões alimentares

4. **Escolha pão de qualidade** nas pequenas refeições ou a acompanhar o almoço ou o jantar. O pão, de preferência de mistura, é fonte importante de energia, vitaminas e fibra. Ao contrário da maioria das bolachas, croissants e outros produtos de pastelaria, o pão possui valores reduzidos ou nulos de gordura e açúcar, o que deveria fazer dele o alimento central das pequenas refeições ao longo do dia..



ECO COZINHA
Alimentação e
hábitos de Vida
Saudável



Dez boas decisões alimentares

5. Invista nas suas capacidades culinárias.

Encontre espaço e tempo para melhorar a sua capacidade de preparar refeições saborosas e nutricionalmente equilibradas. Ao longo do mês tente encontrar novas receitas que integrem produtos vegetais, equilíbrio nutricional, sabor e rapidez. Depois de testadas e se resultarem, guarde esse precioso conhecimento. É um investimento decisivo para a sua saúde e para a sua família.



ECO COZINHA
Alimentação e
hábitos de Vida
Saudável



Dez boas decisões alimentares

6. Tente fazer compras de

proximidade. Ajude a sua comunidade local, conheça quem lhe vende, estimule para que estejam à venda produtos de que gosta, compre alimentos frescos, leve sacos de casa, ajude o meio ambiente e não utilize o carro. Faça, ainda, exercício moderado nestes percursos.



ECO COZINHA
Alimentação e
hábitos de Vida
Saudável



Dez boas decisões alimentares

7. Não se esqueça de levar fruta consigo quando sai de casa. Ótima opção, prática e económica em qualquer altura do dia. Durante a manhã e a meio da tarde é um excelente motivo para fazer uma pausa, repor energias e recomeçar o trabalho com nova motivação e empenho



ECO COZINHA
Alimentação e
hábitos de Vida
Saudável



Dez boas decisões alimentares

8. Aproveite para experimentar novos sabores e atividades, como uma pequena plantação de ervas aromáticas, num pequeno terreno ou até mesmo em casa em vasos. Além de poupar algum dinheiro, pode proporcionar momentos de descontração e divertimento em família. O uso destas ervas, permite, ainda, reduzir o sal que adiciona na confecção dos alimentos e manter um sabor agradável. Experimente colocar hortelã na sopa de legumes



ECO COZINHA
Alimentação e
hábitos de Vida
Saudável



Dez boas decisões alimentares

9. A alimentação saudável, um peso adequado e atividade física estão

interligados. Trinta minutos por dia de caminhada vigorosa podem significar, com treino - 3000 passos, contribuindo para a redução da pressão arterial, do colesterol e bem-estar mental. Este percurso pode ser realizado a caminho do emprego, ao almoço (15 minutos para cada lado) ou ao final da tarde quando vai comprar produtos hortícolas ou fruta fresca numa loja de proximidade.



ECO COZINHA
Alimentação e
hábitos de Vida
Saudável



Dez boas decisões alimentares

10. Por fim, desconfie de soluções

milagrosas para comer de forma equilibrada ou perder peso em pouco tempo e sem esforço. Veja a alimentação saudável e a atividade física como um investimento a médio prazo em si e na sua família. Tente juntar prazer à mesa, equilíbrio nutricional e companhia dos que gosta. Exigirá tempo, paciência e aprendizagem como tudo o que realmente vale a pena na vida.



ECO COZINHA
Alimentação e
hábitos de Vida
Saudável



Dez boas decisões para melhorar a alimentação



1. Fazer da água a principal bebida do dia,
2. Começar as refeições principais com uma sopa de hortícolas,
3. Incluir leite e laticínios nas pequenas refeições ao longo do dia.
4. Escolha pão de qualidade.
5. Invista nas suas capacidades culinárias.
6. Tente fazer compras de proximidade
7. Não se esqueça de levar fruta consigo quando sai de casa.
8. Aproveite para experimentar novos sabores e atividades,
9. A alimentação saudável, um peso adequado e atividade física estão interligados.
10. Por fim, desconfie de soluções milagrosas

ECO COZINHA
Alimentação
e hábitos de
Vida
Saudável



ECO COZINHA-Alimentação e hábitos de Vida Saudável

Quais os sentidos que intervêm na alimentação?

- Olfato;
- Visão;
- Audição;
- Tato;
- Paladar

Alegria; prazer;
Bem estar....



ECO COZINHA-Alimentação e hábitos de Vida Saudável

O rotulo dos alimentos embalados não tem importância nenhuma.

V

f



ECO COZINHA Alimentação e hábitos de Vida Saudável

Os rótulos dos alimentos dão-nos a lista de ingredientes que esse alimento tem.

V

f



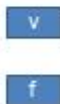
ECO COZINHA-Alimentação e hábitos de Vida Saudável

Nos rótulos dos alimentos vêm por ordem decrescente a quantidade de ingrediente que esse alimento tem.



ECO COZINHA-Alimentação e hábitos de Vida Saudável

Nos rótulos dos alimentos vêm por ordem decrescente a quantidade de ingrediente que esse alimento tem.



ECO COZINHA-Alimentação e hábitos de Vida Saudável

- Qual a importância dos produtos Hortícolas?
 - Ajudam a defender o teu corpo das doenças;
☒ v ☐ f
 - Funcionam como um anti-inflamatório;
☒ v ☐ f
 - Protegem-nos, do envelhecimento, que por vezes quer aparecer mais cedo;
☒ v ☐ f
 - São ricos em fibras, muito importante para o funcionamento do intestino
- Três formas de consumir produtos hortícolas
1. _____
2. _____
3. _____

ECO COZINHA-Alimentação e hábitos de Vida Saudável

A Roda dos Alimentos

A Roda dos Alimentos ajuda a escolher bem os alimentos, porque cada fatia representa a quantidade de alimentos daquele grupo que devemos comer por dia.

Para conseguir o equilíbrio alimentar, a grande regra é variar.

Para além dos 7 grupos existe um elemento central e muito importante na Roda -a água. A água é muito importante no dia-a-dia para hidratar o corpo.

Para além de todas as coisas boas que uma boa alimentação nos traz, esta é também importante porque junta família, colegas ou amigos.



A Roda dos Alimentos

A Roda dos Alimentos, é dividida emgrupos de alimentos.



Algumas ideias para dares lá em casa e àqueles amigos que comem pouca fruta e produtos hortícolas.

- A).....
- B).....
- C).....



Bom apetite



fim



ANEXO II – DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO. SEXUALIDADE E AFECTOS

Vamos falar de:

- Amizade; Como manter o Gosto de ti...
- Privacidade e respeito
- Coisas de RAPAZES / Coisas de RAPARIGAS
- Cuidados de Higiene com o corpo
- As diferentes formas de AMAR, as diferentes famílias.
- OS abusos sexuais ; como PEDIR AJUDA



É normal às vezes zangarmo-nos com os amigos.
É bom fazer as pazes.



Hora do abraço



gratuito • PATRICK McDONNELL •

A amizade também existe para com os animais



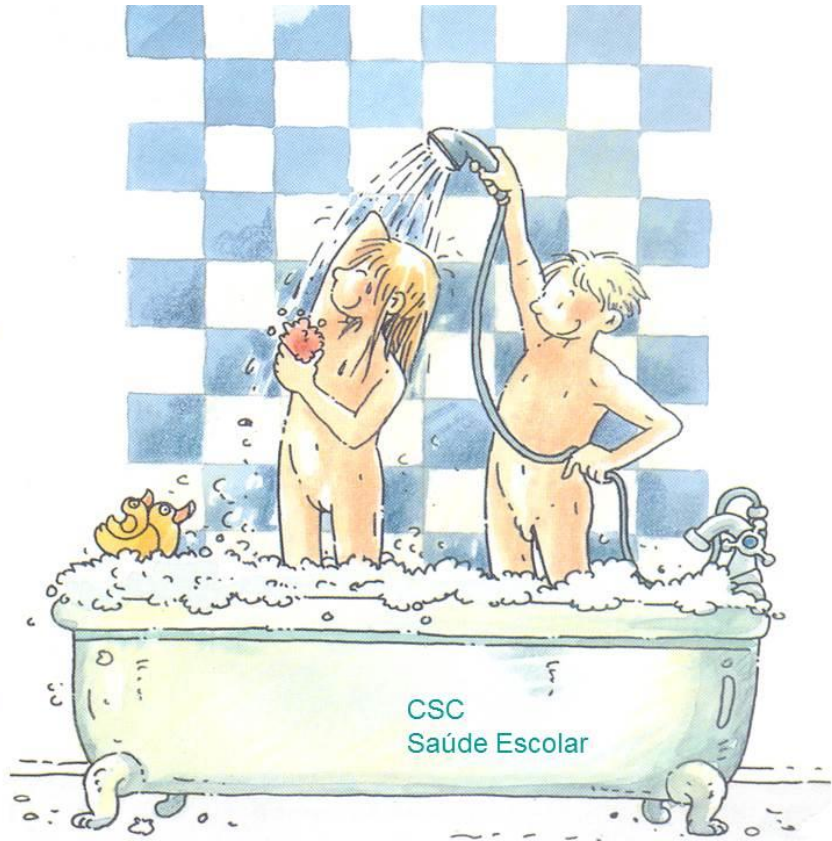
CSC
Saúde Escolar

Curiosidades.... Menino ou menina?



CSC
Saúde Escolar

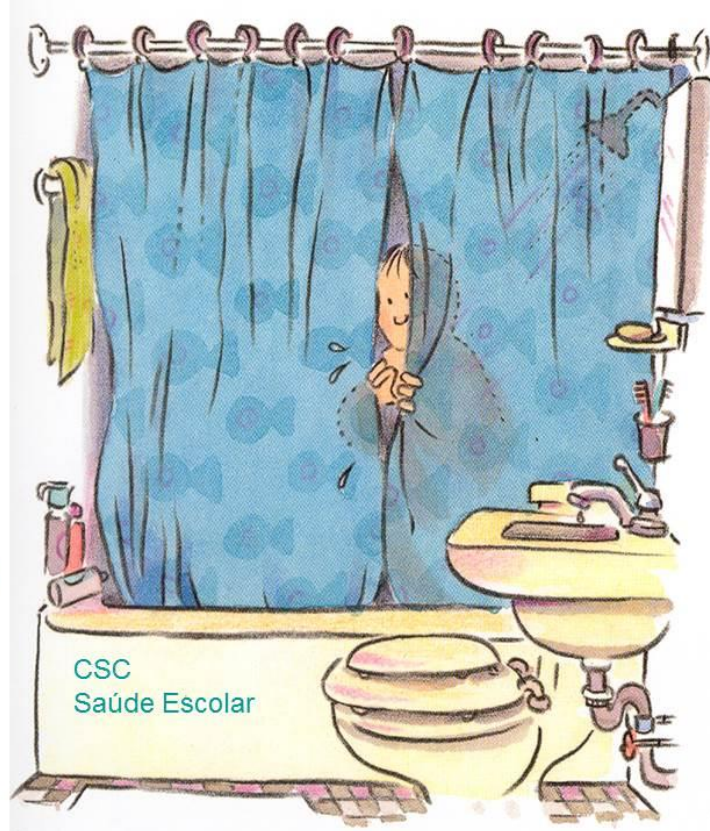
e d a d i c a v i r p
 w a z h z m u o h o p e s
 . . .



e d a d i c a v i r p

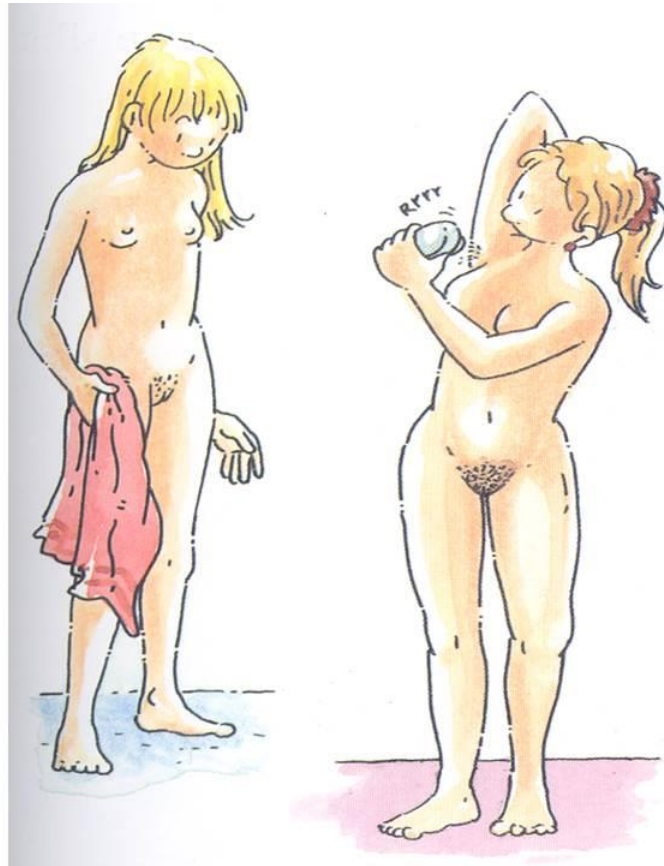
•No
banho

•No
quarto



Desenvolvimento das meninas

CSC
Saúde Escolar



Órgãos sexuais masculinos

ÓRGÃOS INTERNOS

Os dois **TESTÍCULOS** produzem espermatozoides depois de começar a puberdade. Quando os rapazes são novinhos, os testículos são do tamanho de uvas. Durante a puberdade, crescem e ficam do tamanho de nozes ou bolas pequenas. É por isso que algumas pessoas lhes chamam abóazas.

O **EPIDÍDIMO** é um tubo longo, torcido e enrolado. Tem aproximadamente a forma de um fio de telefone, mas mais pequeno. Os rapazes e os homens têm dois tubos destes. Cada tubo está ligado a um testículo e enrola-se à volta de um dos seus lados.

O **PÊNIS** é feito de um tecido esponjoso. Dentro do pénis, há um tubo mais estreito chamado uretra.

O **CANAL DEFERENTE** é um tubo longo e estreito que vai do epidídimo até à uretra. Os rapazes e os homens têm dois tubos destes, que parecem fios de espartilho cozido.

AS **VESÍCULAS SEMINAIS** e a **PRÓSTATA** estão arrumadas ao lado do canal deferente.

A **URETRA** é um tubo estreito situado dentro do pénis que vai desde a bexiga até ao pequeno orifício que há na ponta do pénis. Tanto os homens como as mulheres têm uretra e bexiga.

ÓRGÃOS EXTERNOS

O **PÊNIS** está suspenso diante do escroto e tem um pequeno orifício na extremidade.

O **ESCROTO** é um saco de pele suave e mole que cobre e protege os dois testículos. Depois de começar a puberdade, o escroto mantém os testículos à temperatura necessária à produção do esperma.

O **PREPÚCIO** é uma camada de pele solta que cobre a extremidade do pénis.

Alguns homens não têm prepúcio. Foi-lhes cortado, quando eram bebés, por um médico ou por uma pessoa altamente experiente da sua religião. Chama-se a isso «circuncisão». Há outros homens que têm prepúcio. Ambas as situações são perfeitamente normais.

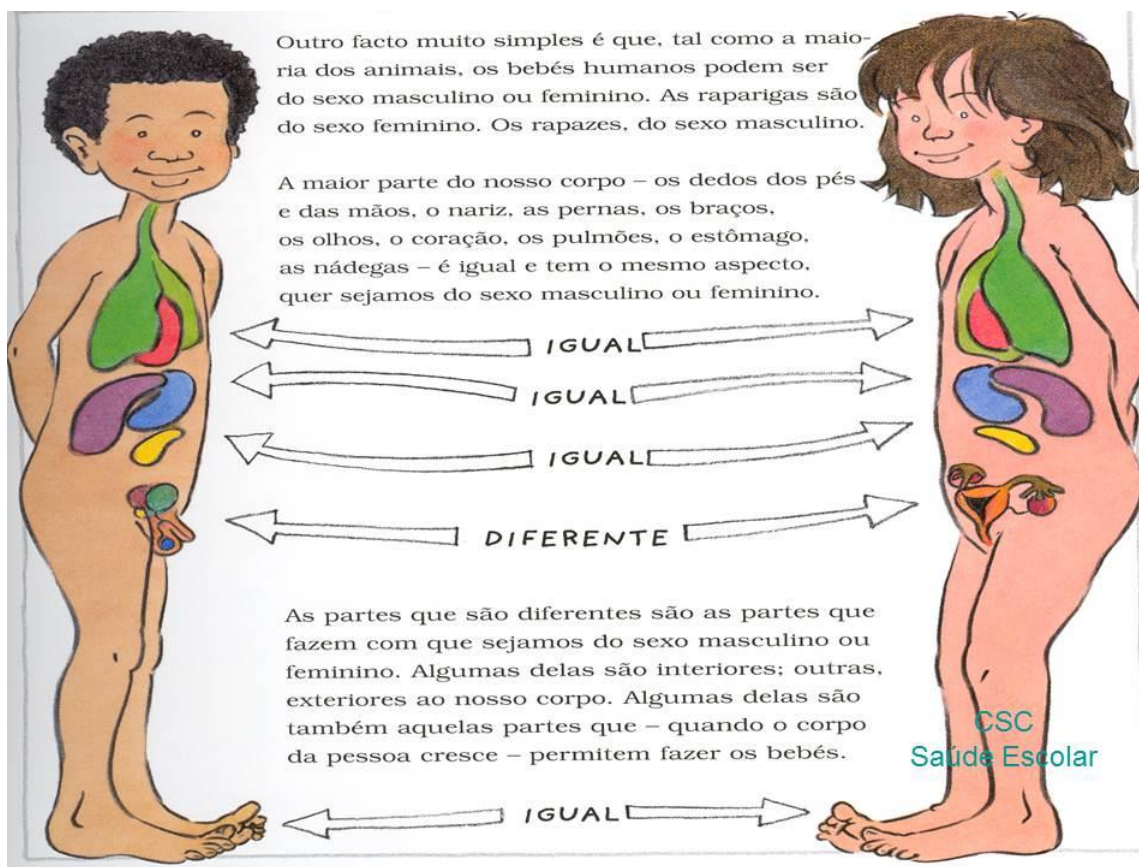
A urina – também chamada «chichiu» – sai do corpo do homem através do pequeno orifício que há na ponta do pénis. Depois de começar a puberdade, o esperma sai pelo mesmo orifício. Mas a urina e o esperma não saem do pénis ao mesmo tempo.

Por trás do escroto e do pénis há outro pequeno orifício chamado **ÂNUS**. As fezes – também chamadas «coco» – saem do corpo do homem através do ânus. Tanto os homens como as mulheres têm ânus.

Ao todo, da frente para trás, os homens têm dois orifícios entre as suas pernas – o pequeno orifício na ponta do pénis e o ânus.

Características femininas

Características masculinas



Para nos sentir-mos bem é necessário ter cuidados de higiene

- Banho diário e sempre que praticamos desporto
- Lavar o cabelo 2 ou 3 vezes por semana
- Cuidados especiais com a pele da cara
- Higiene reforçada nas zonas íntimas
- Mudar de roupa interior todos os dias.

CSC
Saúde Escolar



Para nos sentir-mos bem temos de ter cuidados de higiene

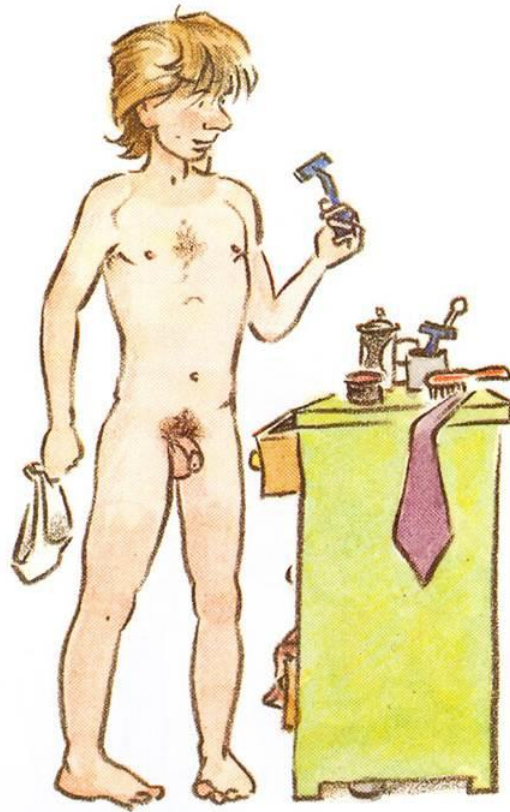
- Banho diário e sempre que praticamos desporto
- Lavar o cabelo 2 ou 3 vezes por semana
- Cuidados especiais com a pele da cara
- Higiene reforçada nas zonas íntimas durante a menstruação
- Mudar de roupa interior todos os dias

CSC
Saúde Escolar



Desenvolvimento dos Rapazes

CSC
Saúde Escolar



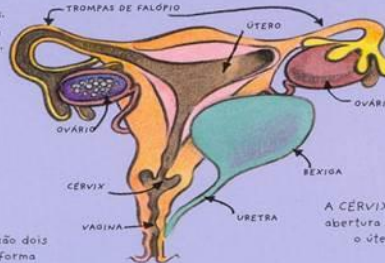
órgãos sexuais femininos

ÓRGÃOS INTERNOS

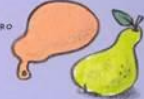
Os dois OVÁRIOS contêm os óvulos. Quando as raparigas são novinhas, os ovários são do tamanho de uvas. Durante a puberdade, crescem e ficam do tamanho de morangos grandes.



As TROMPAS DE FALÓPIO são dois tubos cujas aberturas, em forma de flor, estão junto dos ovários. Os tubos têm aproximadamente a largura de duas palhinhas, e estão ligados ao útero.



O ÚTERO é feito de músculos fortes e elásticos. Tem aproximadamente a forma e o tamanho de uma pera virada de pernas para o ar.



A CÉRVIX é uma pequena abertura elástica que liga o útero à vagina.

A VAGINA é uma passagem pequena mas elástica, que vai desde o útero até um pequeno orifício que há entre as pernas das mulheres.



A URETRA é um tubo estreito que vai desde a bexiga até outro pequeno orifício que há entre as pernas das mulheres. Tanto os homens como as mulheres têm uretra e bexiga.

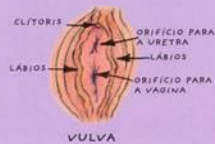
ÓRGÃOS EXTERNOS

A zona de pele macia que há entre as pernas das mulheres chama-se VULVA.

Dentro da vulva, há duas dobras de pele macia chamadas LÁBIOS. Os lábios cobrem e protegem as partes interiores da vulva.

O CLÍTORIS — um pequeno alito de pele do tamanho de uma ervilha — está situado na parte superior dos lábios.

Os dois orifícios — o ORIFÍCIO PARA A URETRA e o ORIFÍCIO PARA A VAGINA — estão aconchegados dentro dos lábios.



O ORIFÍCIO PARA A URETRA está situado abaixo do clítoris. A urina — também chamada «chichio» — sai do corpo da mulher através deste pequeno orifício para a uretra.

O ORIFÍCIO PARA A VAGINA está situado abaixo do orifício para a uretra. A maior parte dos bebés nasce passando pelo orifício para a vagina.

Abaixo dos lábios, há outro pequeno orifício chamado ÂNUS. As fezes — também chamadas «cocô» — saem do corpo da mulher através do ânus. Tanto os homens como as mulheres têm ânus.

Ao todo, da frente para trás, há três orifícios entre as pernas das mulheres — o orifício para a uretra, o orifício para a vagina e o orifício do ânus.

AS VIAGENS DO ÓVULO: A Menstruação



Na puberdade, o cérebro diz: «Óvários, produzam estrogênio!». E este diz: «Óvulos, amadureçam!».



E depois, cerca de uma vez por mês, um óvulo sai de um ovário e entra na trompa de Falópio.



onde espera antes de seguir para o útero.

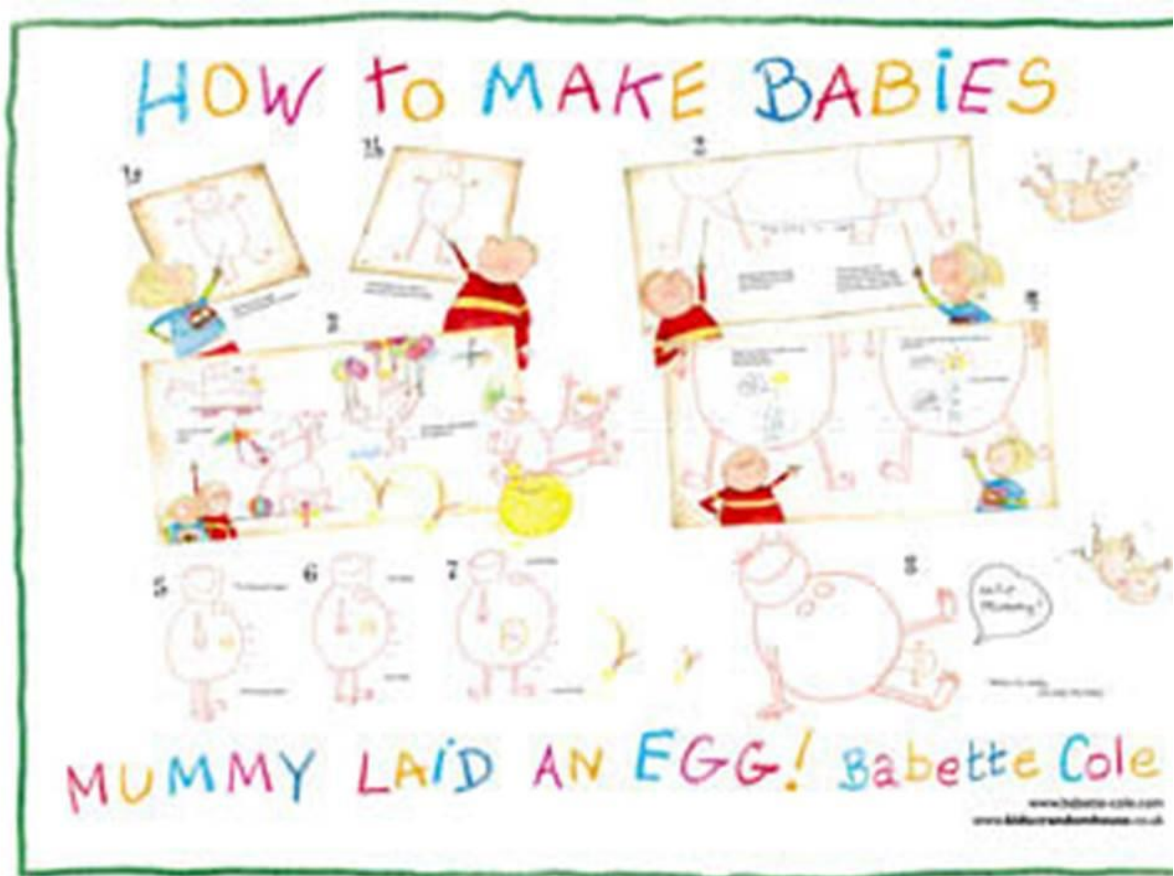


No útero, o óvulo e a mucosa uterina dissolvem-se e saem. No mês seguinte...

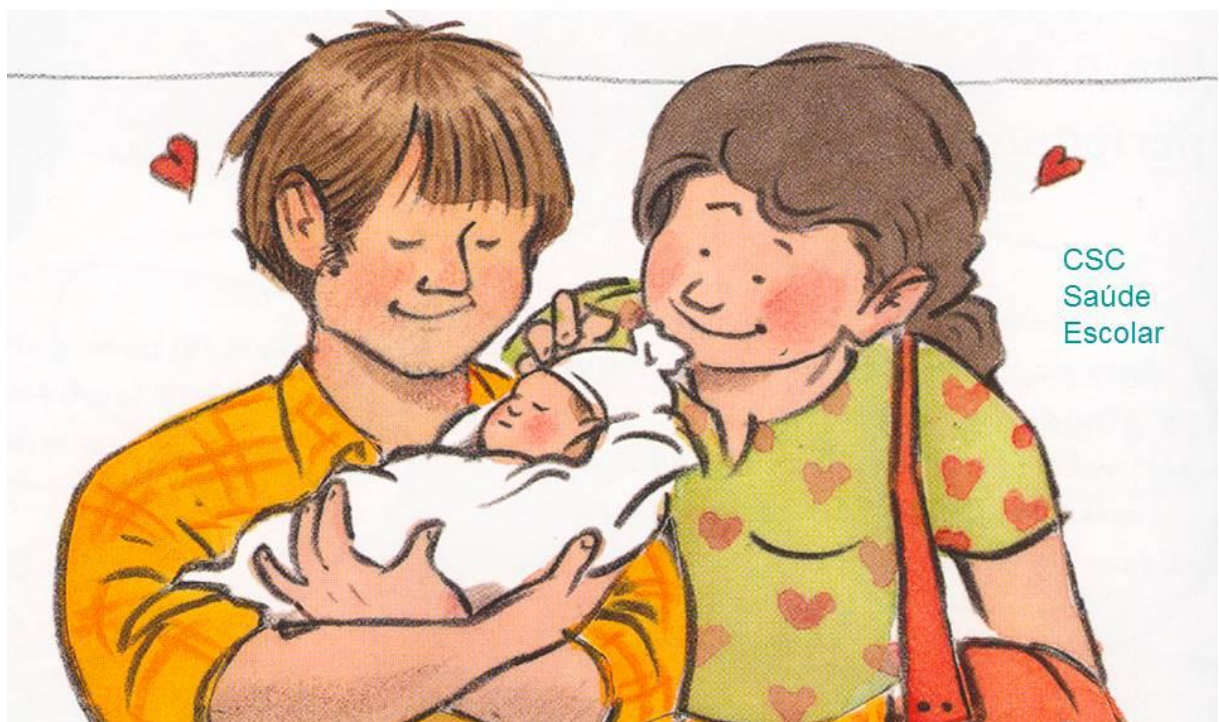


Sessão - educação para a sexualidade

- Regras de comunicação
- Trabalho de casa
 - Reflexão sobre o tema da aula, escrita livre ou expressão artística
- Caixinha de perguntas
 - Se não sabe... Então pergunte...



A família





Outros tipos de família

Ser e Sentir-se rapaz.... num corpo de rapaz
 Ser e Sentir-se rapariga... num corpo de rapariga
 ou Ser e Sentir-se rapaz.... num corpo de rapariga
 Ser e Sentir-se rapariga... num corpo de rapaz



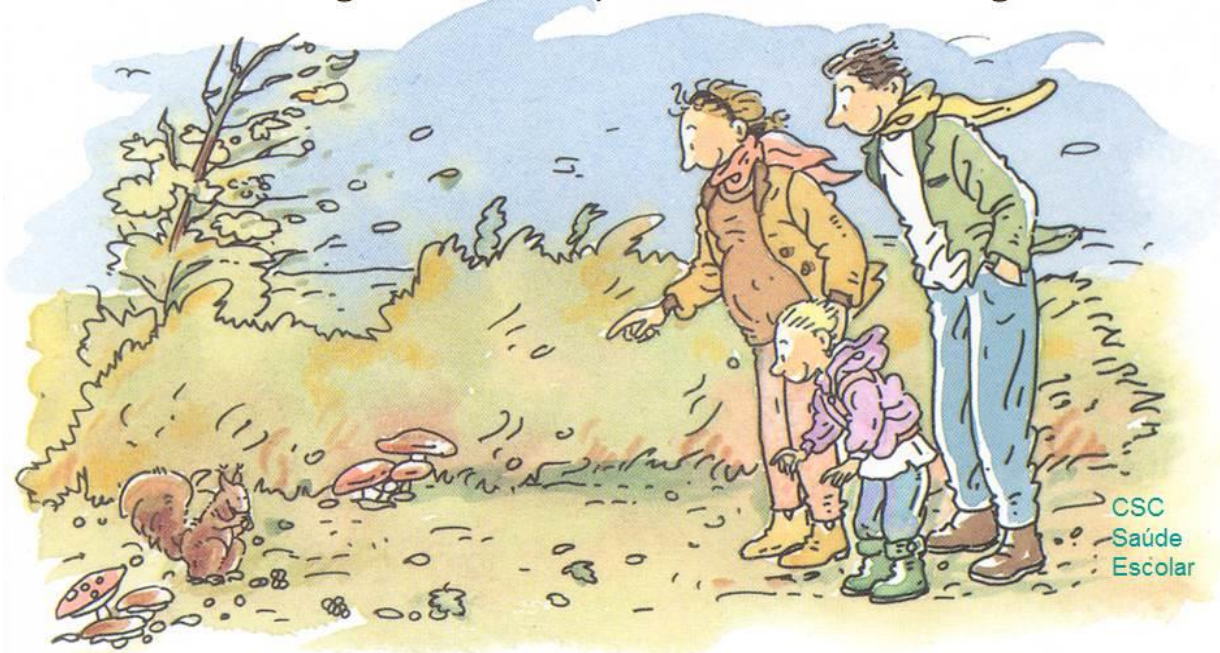
É INVERNO

O bebé está quase a nascer



É OUTONO

Já toda a gente vê que a mãe está grávida



É VERÃO

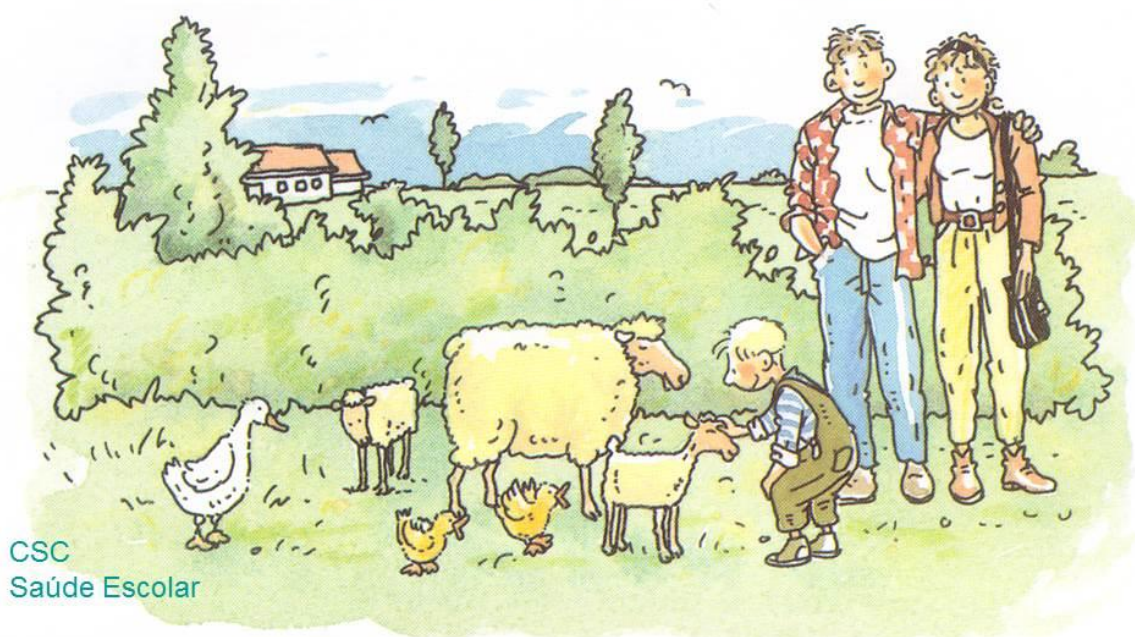
Já se nota um altinho na barriga da mãe



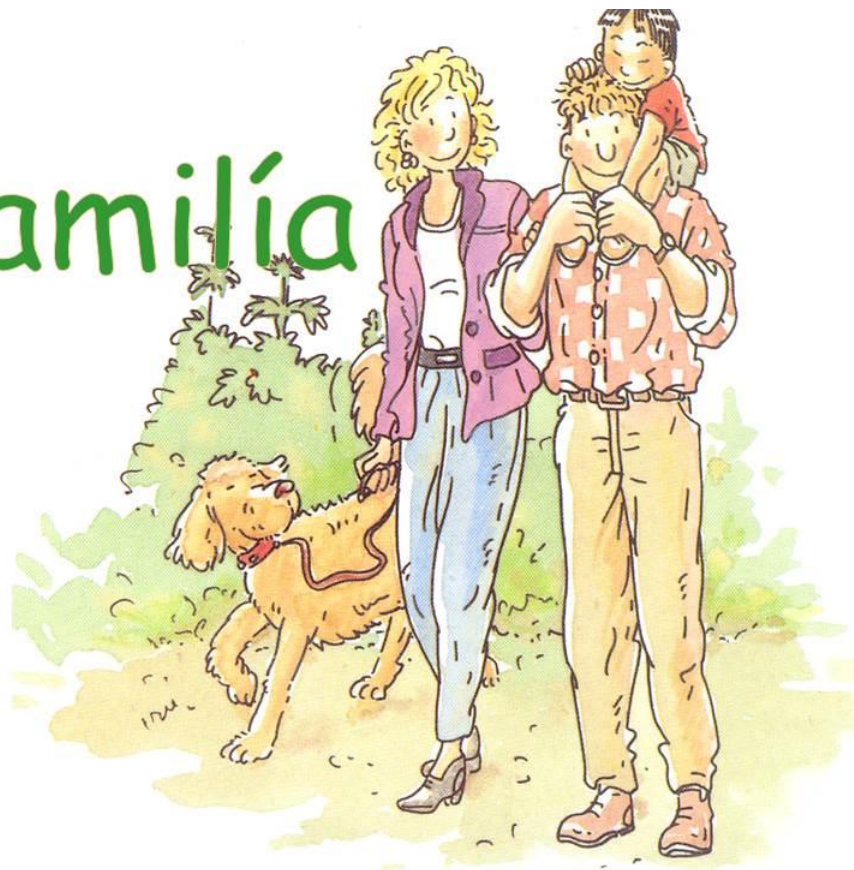
É PRIMAVERA

O Manelinho soube hoje que ia ter um irmão ou irmã

São precisos 9 meses para nascer um bebé



A família



CSC
Saúde Escolar



CSC
Saúde Escolar

Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



Amor
homossexual

search ID: rtm1518

~ The Happy Couple ~

Amor
heterossexual



Se não sabe...
Então pergunte



Verás que depois
de falares
sentes-te
melhor

CSC
Saúde Escolar



O teu corpo pertence-te!
ninguém tem o direito
de "fazer coisas"
que te incomodem

CSC
Saúde Escolar

Há pessoas que abusam sexualmente das crianças



Há segredos que não são suportáveis

Não tenhas vergonha

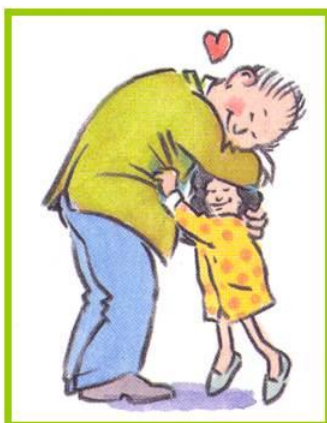
NÃO É CULPA TUA!

Deves pedir ajuda a alguém **EM QUEM CONFIES**

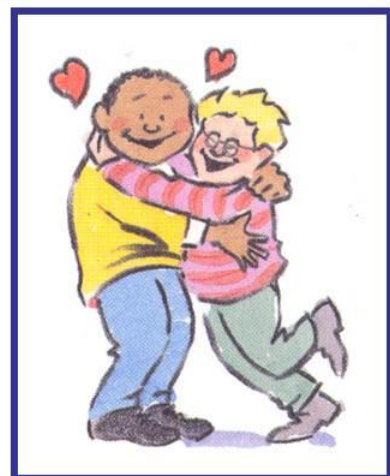
Essa pessoa vai acreditar em ti!

CSC
Saúde Escolar

**A família também
pode ter outras
formas...**



**MUITO
IMPORTANTE
PROTEGER AS
CRIANÇAS**





Amor
homossexual

Às vezes há senhoras
que vivem com senhoras



Amor homossexual

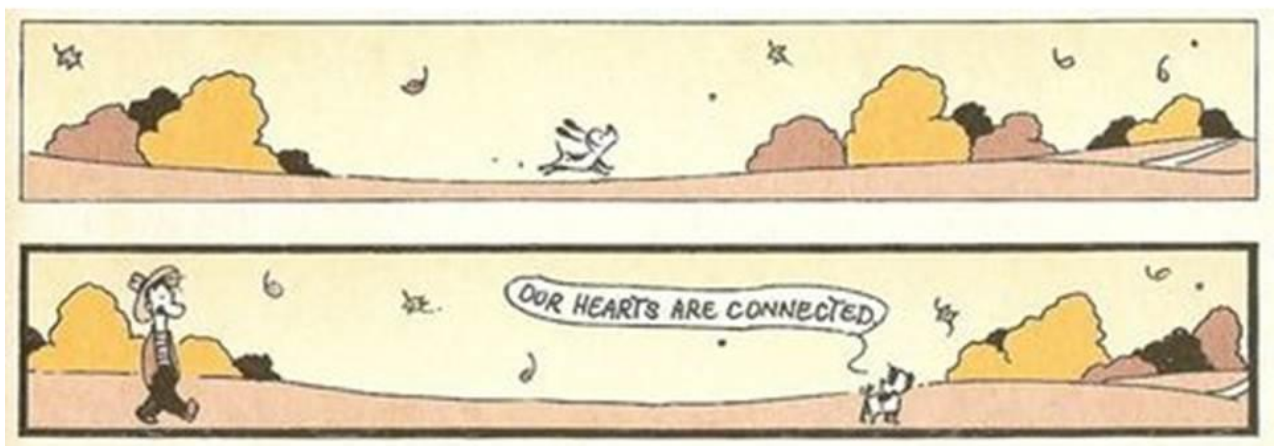
Amor heterossexual



© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



E O AMOR É.....

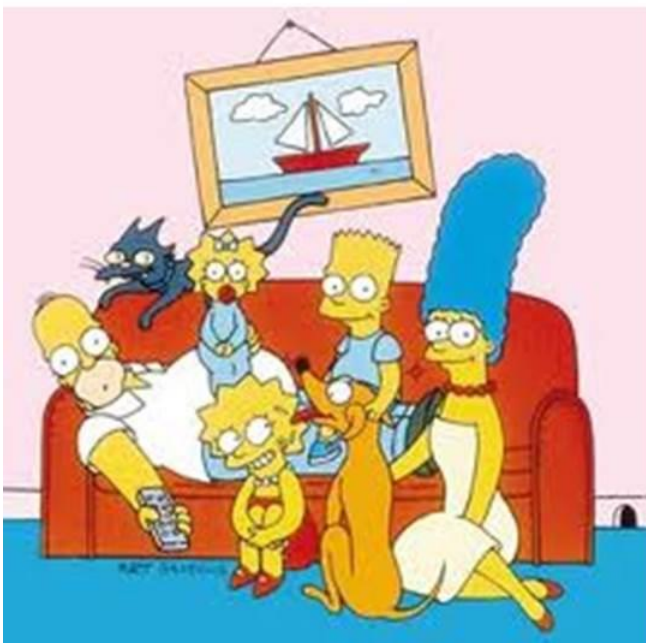




- A família também pode ter outras formas...

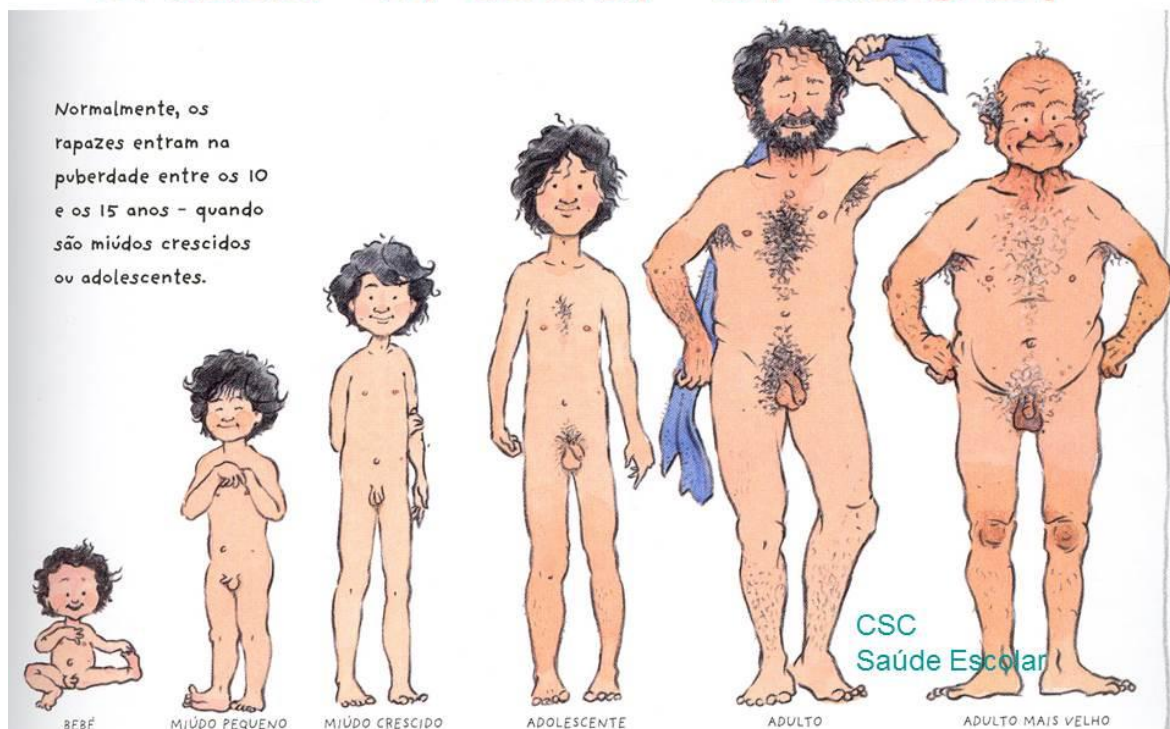


A família

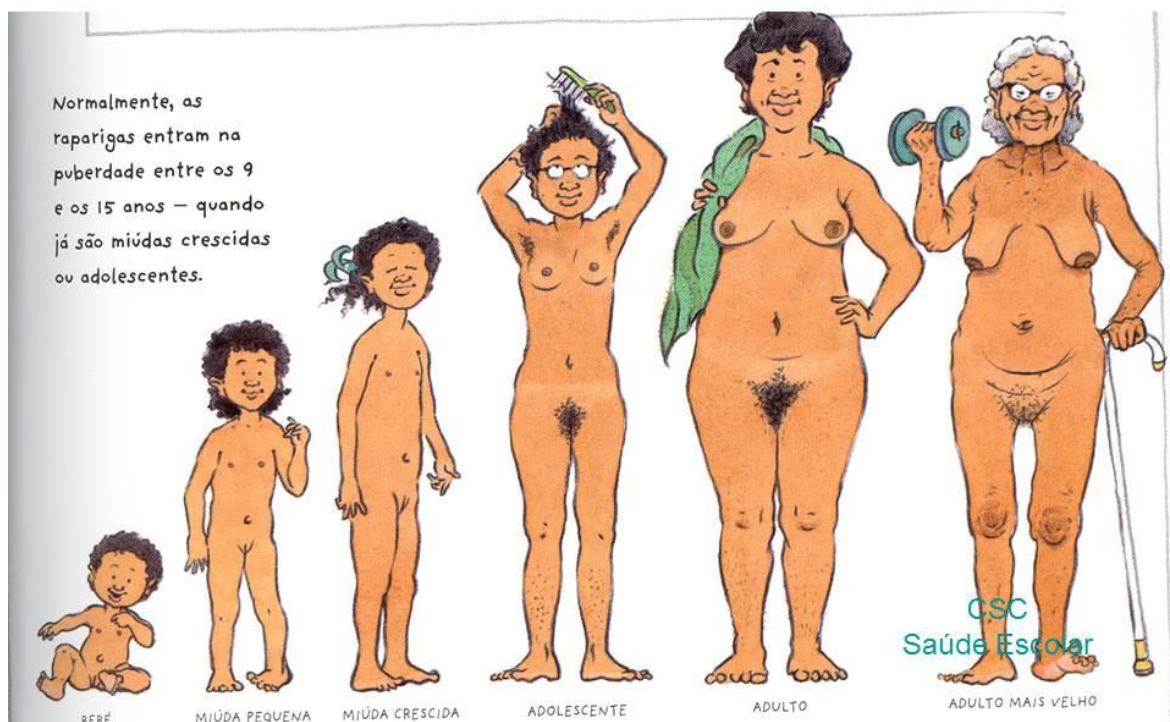


...duas ou mais pessoas que se amam e tomam conta umas das outras. Normalmente, estabelecem relações e vivem juntos. As famílias têm várias formas, tamanhos e descrições.

Crescer Crescer Crescer

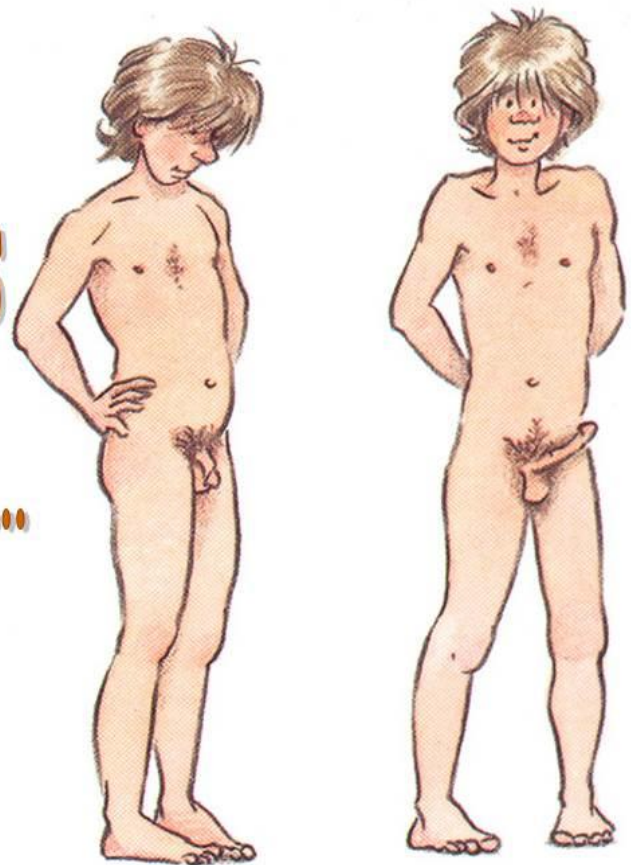


Crescer Crescer Crescer





Erecção do pénis
às vezes acontece...



Menstruação preciso protecção

CSC
Saúde
Escolar
Enfª
hortênsia
Gouveia

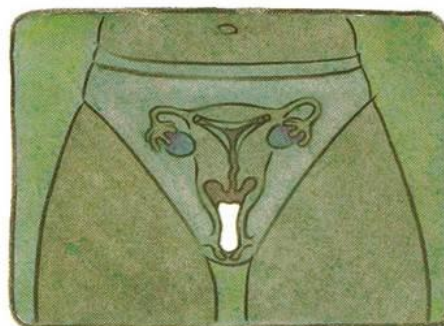
Onde se coloca o penso



Pensos



Onde se coloca o tampão



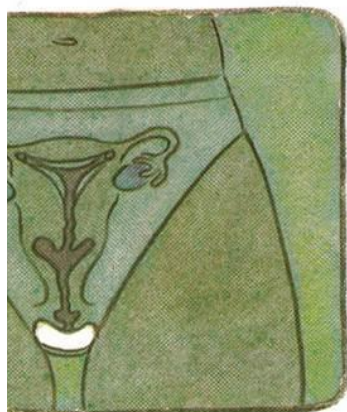
Tampões



Menstruação

CSC
Saúde
Enfª
Gouveia

Onde se coloca o penso



Pensos



Onde se coloca o tampão



Tampões



AS VIAGENS DO ESPERMATOZÓIDE: A Ejaculação



Na puberdade, o cérebro diz aos testículos: «Produzam testosterona e espermatozoides!».



Os espermatozoides seguem para os epidídimos, onde amadurecem e donde passam



pelos canais deferentes, pelas vesículas seminais e pela próstata,



através da uretra, e são expelidos pela ponta do pênis.

QUE VIAGEM!: O Parto



Quando chega a altura de nascer, os músculos da mãe contraem-se e empurram o bebé



para a vagina. Esta alarga-se e aparece a cabeça do bebé,



que ainda está ligado à mãe pelo cordão umbilical.



Corta-se o cordão o bebé recém-nascido é logo abraçado e acarinhado.

ANEXO III – DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO: HÁBITOS DE SONO
SAUDÁVEIS

HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS



O que é dormir bem?

É uma sensação individual

No dia seguinte acorda sentindo-se com energia, bem disposta e capaz de viver um novo dia

O sono tem características diferentes ao longo da vida

Duração: Uma criança aos 10 anos deve dormir 10 horas por noite, uma criança mais nova deve dormir mais e uma mais velha deve dormir menos



Medidas para sono tranquilo

Rotinas

Lavar os dentes



Saúde escolar

07 Novembro 2013



Medidas para sono tranquilo

Rotinas

Jantar à mesma hora



Saúde escolar

07 Novembro 2013



Medidas para sono tranquilo

Rotinas

Banho



07 Novembro 2013

Saúde escolar



Medidas para sono tranquilo

Rotinas

Actividades calmas no final do dia



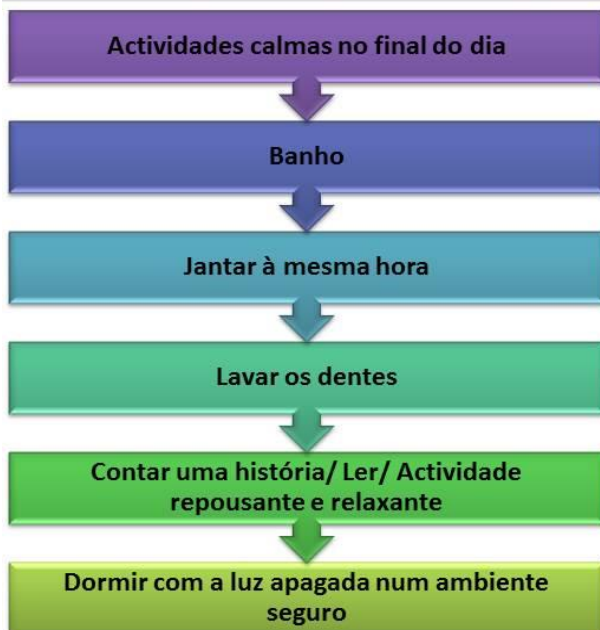
07 Novembro 2013

Saúde escolar



Medidas para sono tranquilo

Rotinas



10 anos = 10 h de sono

Deita-se às 21h Acorda às 7h



Saúde escolar

07 Novembro 2013



Problemas mais comuns

(dos 10 aos 18 anos)

A partir desta faixa etária começam a querer deitar-se mais tarde. As novas tecnologias, de uma forma geral, são o maior inimigo de um sono perfeito. Os adolescentes deviam dormir oito a nove horas diárias. Se em bebé se habituou a adormecer tarde, vai ser um adolescente com dificuldade em dormir a horas decentes.

Problema	Solução
Jogar no computador	Mesmo nesta idade, não devem ter computadores nem consolas no quarto nem livre acesso a estes equipamentos, porque isso perturba o sono e dificulta o adormecer.
Ver televisão pela noite dentro	Jogar ou ver televisão na hora de dormir, excita, activa a atenção e facilita a privação do sono. Por isso, não o devem fazer na cama.
Enviar SMS até adormecer Ficar com "o sentido no telemóvel"	Os pais têm de impor limites no uso de telemóvel. Uma medida extrema será retirar-lhes o aparelho quando dizem boa-noite.
Saídas à noite até de manhã	Estabelecer uma hora não muito tardia para chegar a casa após uma saída noturna. Não é dormindo mais ao fim-de-semana que se compensa a falta de sono.

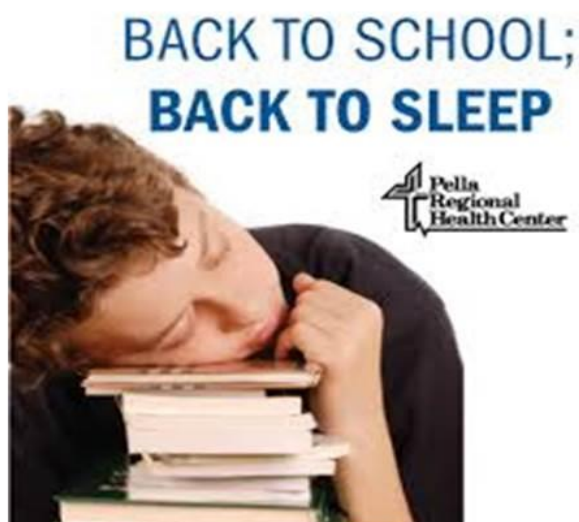


Problemas mais comuns (dos 3 aos 10 anos)

Problema	Solução
<p>Pesadelos</p> <p>Terroros noturnos</p>	<p>Os pesadelos são normais e recordados no dia seguinte. Devem ser explicados às crianças para que distingam entre o real e o imaginário.</p> <p>Os terrores noturnos, por outro lado deixam-na completamente inconsolável, aos gritos. Quanto mais se tenta consolar, mais a crise se prolonga. Trata-se de um acordar anormal na fase do sono profundo. Por isso no dia seguinte, não se lembram de nada.</p>
<p>Não querem dormir sozinhos</p> <p>Saem da cama para irem ter com os pais</p>	<p>É importante definir os limites e as rotinas ao deitar: vestir o pijama, lavar os dentes, manter uma luz fraca no quarto, cantar uma cantiga ou ler uma história, dizer boa-noite e sair.</p> <p>Não deixar as crianças dormir na cama dos pais</p>
<p>"Xixi na cama"</p> <p>Enurese nocturna</p>	<p>Não culpabilizar</p> <p>Evitar consumo de líquidos a partir das 19h</p> <p>Se persistir após os 5 anos, partilhar com a equipa de saúde</p>



Regresso às aulas... Regresso aos hábitos de sono saudáveis...



Saúde escolar



Consequências de um mau sono



Especial impacto nas faixas etárias juvenis, considerando-se como muito grave os efeitos da privação de sono no rendimento escolar



Saúde escolar

07 Novembro 2013



Consequências de um mau sono

Sonolência diurna

Sonolência

Alteração dos movimentos

Dificuldade na concentração

Esquecimentos

Distrações



Saúde escolar

07 Novembro 2013



Consequências de um mau sono

Recuperação somática

Propensão para desenvolver Hipertensão, Obesidade e Diabetes

Recuperação cognitiva

Erros

Lapsos

Cansaço

Sonolência

Recuperação psicológica

Depressão

Irritabilidade

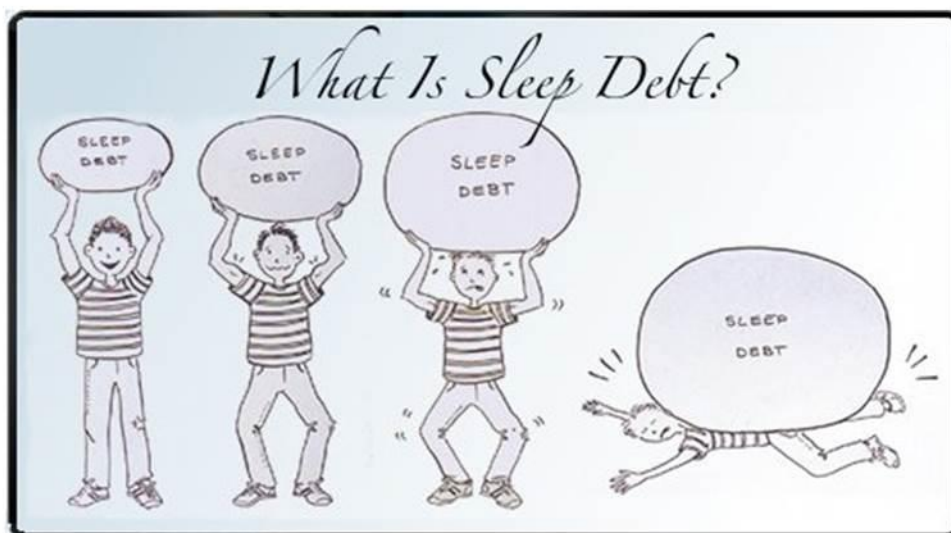


Saúde escolar

07 Novembro 2013



Dívida de sono/ Privação crónica de sono

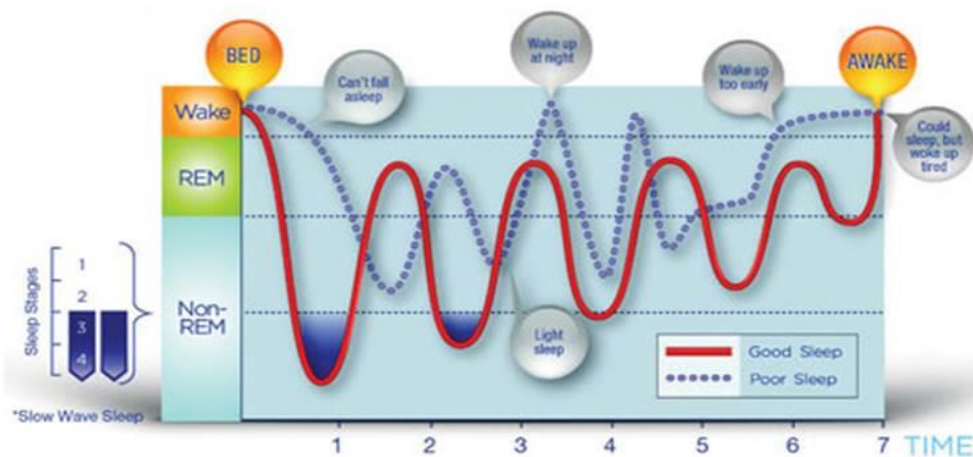


Saúde escolar

07 Novembro 2013



O que é dormir bem e dormir mal?



The red line illustrates a deep and restful sleep pattern.
The dotted line shows a more shallow and erratic sleep pattern.



Saúde escolar

07 Novembro 2013



Necessidades de sono

Your Child's Sleep

The AASM recommends that your child get the following amounts of sleep at each stage of growth.

Photos courtesy of iStockphoto.com



14-15 hours

Infants



12-14 hours

Toddlers



11-13 hours

Preschoolers



10-11 hours

School-age children



9-10 hours

Teenagers



UCC
CASCAIS CARE

Saúde escolar

07 Novembro 2013



Funções do sono

Recuperação somática

Descanso do corpo

Crescimento e recuperação dos tecidos

Equilíbrio imunológico

Produção de hormonas

Recuperação cognitiva

Capacidade de pensar

Memória

- Criatividade
- Aprendizagem
- Resolução problemas

Recuperação psicológica

Sonhos

Controle de emoções



Saúde escolar

07 Novembro 2013



Melatonina

Produzida > 20H

Pico máximo 4H

> Propensão para sono quando em circulação

Não se produz na presença de luz

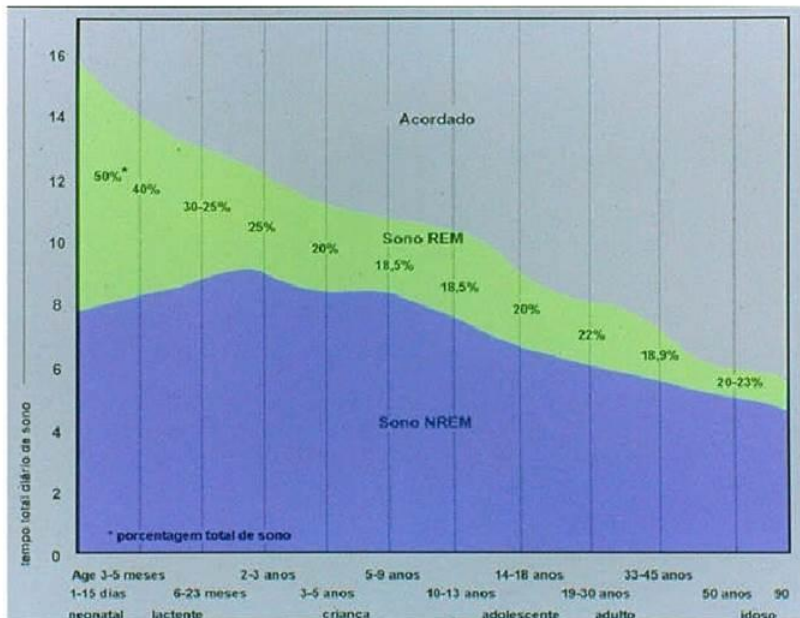


Saúde escolar

07 Novembro 2013



Ciclo do Sono (ao longo da vida)

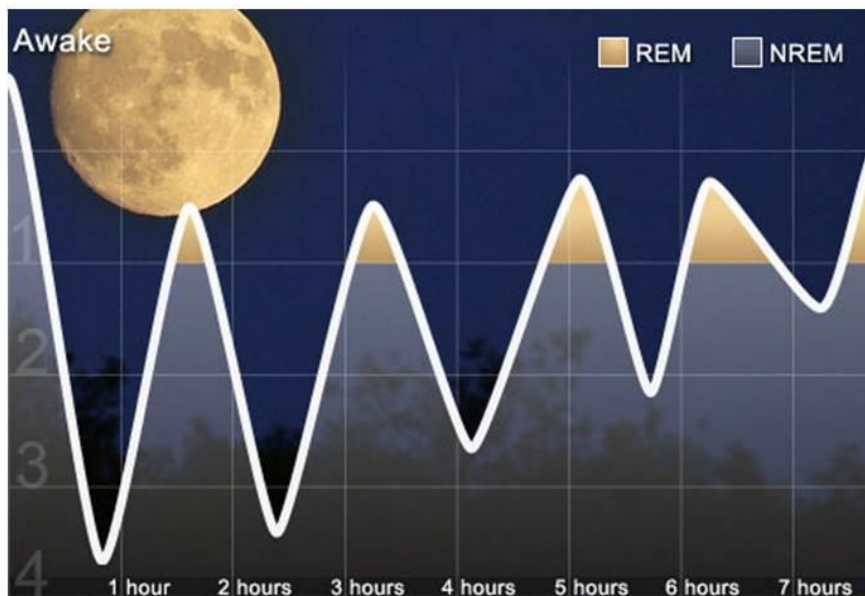


07 Novembro 2013

Saúde escolar



Ciclo do Sono



Ritmo circadiano

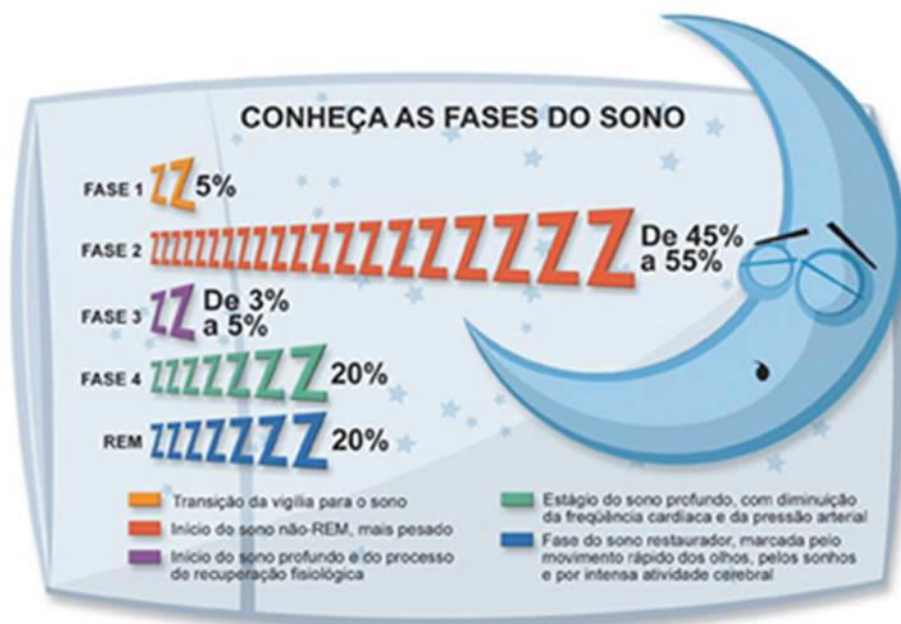


07 Novembro 2013

Saúde escolar



Ciclo do Sono



Saúde escolar

07 Novembro 2013



O que é dormir bem?

É uma sensação individual

No dia seguinte acorda sentindo-se com energia, bem disposta e capaz de viver um novo dia

O sono tem características diferentes ao longo da vida

Duração: Uma criança aos 10 anos deve dormir 10 horas por noite, uma criança mais nova deve dormir mais e uma mais velha deve dormir menos



Saúde escolar

07 Novembro 2013



Filme



07 Novembro 2013

Saúde escolar



Mudar de hábitos ??



Deixar os maus hábitos de sono...

Seguir os hábitos de sono saudáveis!!!



07 Novembro 2013

Saúde escolar



Medidas para sono tranquilo

Uma questão de regras ...

O papel das **crianças** é ...

O papel dos **pais e cuidadores** é....



07 Novembro 2013

Saúde escolar



Medidas para sono tranquilo

Rotinas

Dormir com a luz apagada num ambiente seguro



Saúde escolar

07 Novembro 2013



Medidas para sono tranquilo

Rotinas

Contar uma história/ Ler/ Actividade repousante e relaxante



Saúde escolar

ANEXO IV – CERTIFICADO APTF CURSO “TRATAMENTO FERIDAS EM
PEDIATRIA”



Certificado

Certifica-se que:

Cláudia Olho Azul Martins

Frequentou, com aproveitamento, o Curso APTFeridas "Pratique e Aplique!" – Feridas em Pediatria, realizado nos dias 06 e 07 de Dezembro de 2013, na Sede da APTFeridas, com o seguinte Conteúdo Científico:

- Anatomofisiologia da Pele
- Fisiologia da Cicatrização das Feridas Agudas
- Alterações da Cicatrização - Factores Intervenientes
- Nutrição e Dor
- Avaliação e Caracterização das Feridas
- Tratamento Local à Ferida
- Feridas em Pediatria:
 - ✓ Cirúrgica
 - ✓ Lesões por Humidade/Úlceras de Pressão
 - ✓ Mordeduras
 - ✓ Lesões por Extravasamento
 - ✓ Queimaduras
- Feridas Atípicas
- Educação para a Saúde - Ensinos à Família
- Casos Clínicos

Num total de 12 horas

Porto, 07 de Dezembro de 2013

O Presidente da Direcção


(Dr. Antbal Justiniano)



ANEXO V – CERTIFICADO DE FORMADORA, HPP CASCAIS: “CURSO
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO”

Declaração de Formação Profissional

HPP SAÚDE, PARCERIAS CASCAIS, S.A., pessoa colectiva n.º 508436664, com sede na Av. da República, 35 – 8º, 1050-186 Lisboa, Declara, para os devidos efeitos que **Claudia Olho Azul Martins**, portadora do C.I. n.º **11244441**, desempenhou funções de formador na acção de formação de acordo com o quadro:

NOME DA ACÇÃO	Workshop: Escala de Avaliação de Risco de Lesões da Pele no Neonato
DATA DE REALIZAÇÃO	02-10-2013 e 08-10-2013
MÓDULO (S)	Workshop: Escala de Avaliação de Risco de Lesões da Pele no Neonato
DURAÇÃO (H)	8 horas

Cascais, 26-11-2013

Declaração N.º 051/2013

O Gestor da Formação


(Carlos Reis)
HPP HOSPITAL DE CASCAIS
Serviço de Recursos Humanos

Declaração de Formação Profissional

HPP SAÚDE, PARCERIAS CASCAIS, S.A., pessoa colectiva n.º 508436664, com sede na Av. da República, 35 – 8º, 1050-186 Lisboa, Declara, para os devidos efeitos que **Cláudia Olho Azul Martins**, portadora do C.I. n.º **11244441**, desempenhou funções de formador na acção de formação de acordo com o quadro:

NOME DA ACÇÃO	Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão
DATA DE REALIZAÇÃO	07-05-2013 e 14-05-2013
MÓDULO (S)	Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão
DURAÇÃO (H)	4 horas

Cascais, 26-11-2013

Declaração N.º 042/2013

O Gestor da Formação


(Carlos Reis)
HPP HOSPITAL DE CASCAIS
Serviço de Recursos Humanos

Declaração de Formação Profissional

HPP SAÚDE, PARCERIAS CASCAIS, S.A., pessoa colectiva n.º 508436664, com sede na Av. da República, 35 – 8º, 1050-186 Lisboa, Declara, para os devidos efeitos que **Claudia Olho Azul Martins**, portadora do C.I. n.º **11244441**, desempenhou funções de formador na acção de formação de acordo com o quadro:

NOME DA ACÇÃO	Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão
DATA DE REALIZAÇÃO	15-06-2013 a 26-11-2013
MÓDULO (S)	Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão
DURAÇÃO (H)	18 horas

Cascais, 26-11-2013

Declaração N.º 042/2013

O Gestor da Formação


(Carlos Reis)
HPP HOSPITAL DE CASCAIS
Serviço de Recursos Humanos

ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO AUTORA DA ESCALA NSRAS



Barbara Huffines MSN, APRN, FNP-C, CRRN
Nurse Practitioner SCI/Poltrauma
Robley Rex VAMC
800 Zorn Ave(117)
Louisville, KY 40206
502-287-5705

Claudia Olho Azul Martins, Nurse nº5-E-37971(Order of Nurses) Student nº 4903-Child Health and Pediatrics Master Course in Nursing School of Lisbon-Portugal (ESEL), under the tutorial orientation of Professor Dr. Maria Teresa Oliveira Marçal and Professor Coordinator Maria Alice Curado, requesting Barbara Huffines authorization, author of the Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS), to translate the Scale to portuguese language, with the objective to used it in some portuguese neonatology units, in order to understand if it's able to be implemented in Portuguese neonatal population.

Lisbon, June 27, 2013

Best Regards

Claudia Olho Azul Martins



CLAUDIA OLHO AZUL MARTINS <claudiaolhomartins@campus.esel.pt>

"The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for Predicting Skin Breakdown in Neonates" - Nursing School of Lisbon-Portugal

CLAUDIA OLHO AZUL MARTINS <claudiaolhomartins@campus.esel.pt>
Draft To: "mclogs01@louisville.edu" <mclogs01@louisville.edu>

Fri, Jul 19, 2013 at 10:02 AM

On Sun, Feb 10, 2013 at 11:11 PM, CLAUDIA OLHO AZUL MARTINS <claudiaolhomartins@campus.esel.pt> wrote:

DR. CYNTHIA LOGSDON,

Hi, first off all i would like to apologise to bother you. The reason of this email, is due to the fact, that i would like to know if there is any chance, of a permission to translate and adapt "The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for Predicting Skin Breakdown in Neonates".

I am a graduated nurse with 14 years of experience in neonatology, wich decided to have a Master Degree. Being a student in Nursing School of Lisbon-Portugal, for my Master i decide to show the need to have a Scale for Predicting Skin Breakdown to the neonatal population. In all of our Neonatal intensive care units, the scale used is Braden Q, wich is not suitable for minors under 28 days.

After research i came across your study, wich settled the basis for the "The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for Predicting Skin Breakdown in Neonates".

Basicly i would like to know the necessary requirements to have your permission to translate the Scale to portuguese language, with the objective to used it in some portuguese neonatology units, in order to understand if its able to be implemented in portuguese nenonatal population.

Name: Claudia Olho Azul Martins, Nurse nº5-E-37971 - Cascais Hospital, Student nº 4903-Child Health and Pediatrics Master Course in Nursing School of Lisbon-Portugal.

BEST REGARDS,

Claudia Martins



CLAUDIA OLHO AZUL MARTINS <claudiaolhomartins@campus.esel.pt>

"The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for Predicting Skin Breakdown in Neonates" - Nursing School of Lisbon-Portugal

Huffines, Barbara <Barbara.Huffines@va.gov>
To: claudiaolhomartins@campus.esel.pt

Wed, Feb 27, 2013 at 9:06 PM

Ms Martins,

Thank you for your interest in my Neonatal Skin Risk Assessment Scale(NSRAS). My name is Barbara Huffines and I am the one who created the NSRAS.

You have my permission to use my scale/translate the NSRAS into Portuguese language. Please feel free to email me at barbara.huffines@va.gov.



CLAUDIA OLHO AZUL MARTINS <claudiaolhomartins@campus.esel.pt>

"The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for Predicting Skin Breakdown in Neonates" - Nursing School of Lisbon-Portugal

Huffines, Barbara <Barbara.Huffines@va.gov>
To: CLAUDIA OLHO AZUL MARTINS <claudiaolhomartins@campus.esel.pt>

Thu, Jul 18, 2013 at 12:09 PM

Ms Martins,

I apologize for the delay in correspondence. Attached is a copy of the revised scale. This addresses the "saran" issue. I did not receive a file attached to your email to formally authorize the use of my scale the NSRAS©/Huffines Scale©.

Perhaps this email will suffice –

As the author you have my permission to use the NSRAS©/Huffines Scale©.

Sincerely,

Barbara Huffines MSN, APRN, FNP-C, CRRN

Nurse Practitioner SCI/Polytrauma

Robley Rex VAMC

800 Zorn Ave(117)

Louisville, KY 40206

502-287-5705



CLAUDIA OLHO AZUL MARTINS <claudiaolhomartins@campus.esel.pt>

"The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for Predicting Skin Breakdown in Neonates" - Nursing School of Lisbon-Portugal

CLAUDIA OLHO AZUL MARTINS <claudiaolhomartins@campus.esel.pt>

Thu, Jun 27, 2013 at 11:53 AM

To: "Huffines, Barbara" <barbara.huffines@va.gov>

Hello Ms Huffines,

I'm Claudia the portuguese master student from Portugal Nursing School, i hope you remember me.

I've already started working on the NSRAS, it is translated to portuguese language and i am waiting for the semantic and linguistic scientific validation.

The only doubtfulness its about the subscale of Activity, we don't use the "saran" tent, actually we use the humidity, can we replace the clear plastic "saran" tent for humidity in a radiant warmer?

The school also asks a formal authorization from the author of the NSRAS, can you please subscribe it? (file attach)

I would like to thank you for the time you spent answering me.

Best Regards



CLAUDIA OLHO AZUL MARTINS <claudiaolhomartins@campus.esel.pt>

"The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for Predicting Skin Breakdown in Neonates" - Nursing School of Lisbon-Portugal

CLAUDIA OLHO AZUL MARTINS <claudiaolhomartins@campus.esel.pt>

Fri, Mar 1, 2013 at 9:57 PM

To: "Huffines, Barbara" <Barbara.Huffines@va.gov>

Ms Huffines,

First of all, i would like to thank you for the time you spent answering me, and of course, by letting me use your NSRAS. I will start working on it next month, and hope to finish it next year. In the meantime, i will keep in touch telling you how things are going. Once again thank you very much. Please feel free to email me anytime.

Best regards,
Cláudia Martins

[Quoted text hidden]

ANEXO VII – PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO HPP
CASCAIS

Proposta nº 623/HPPC/2013

Estado	Deliberada
Deliberação	Visto com apreço. Autoriza-se a concretização do projecto, com o início da aplicação do pré-teste. Deliberada em 2013-09-06 às 13:58:07
Despacho	De Maria Amélia Jorge -
Tipo	Proposta
De	Isabel Pereira Lopes
Departamento	HPPC/Geral - Direcção Enfermagem
Destinatários	Cristina Quadral Silva, Maria Amélia Jorge, Pedro Dias Alves
Com Conhecimento	Fátima Marques, Filomena Nunes
Área	(Não seleccionado)
Assunto	Projecto-Validação de Escala para Neonatais
Proposta	Até à data não existe em Portugal uma Escala para Avaliação do Risco de Úlcera de pressão para a população neonatal até aos 21 dias. Foi validada a Escala apenas para a população adulta portuguesa. Neste sentido a Direcção de Enfermagem com a ESEL e a Unidade de Neonatologia concordaram em apresentar um projecto que irá abranger o estudo nas Unidades de Neonatologia da região da grande Lisboa com a finalidade de vir a ser a Escala de referência da DGS para implementar a nível Nacional. Para iniciar este projecto a Enf.ª Cláudia Olho Azul, enfermeira na Unidade de Neonatologia e Mestrando na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria na ESEL, propôs-se iniciar este projecto com a aplicação do pré-teste.
Valor Sem IVA	€ 0,00
Valor Com IVA	€ 0,00
Itens	Não existem itens adicionadas para esta proposta.
Anexos	Não existem ficheiros anexados.
Referenciar Propostas	Não existem propostas referenciadas

ANEXO VIII – VERSÃO FINAL DA NSRAS

ESCALA NEONATAL DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÕES DE PELE (NSRAS)

					PONTOS
Condição Física Geral	4. Idade gestacional < 28 semanas	3. Idade gestacional > 28 semanas mas < 33 semanas	2. Idade gestacional > 33 semanas mas < 38 semanas	1. Idade gestacional > 38 semanas	
Estado Mental	4. Completamente limitado Não responde a estímulos dolorosos, devido à redução do nível de consciência ou sedação. (não estremece, agarra ou geme, não há aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca)	3. Muito limitado Responde apenas a estímulos dolorosos (estremece, agarra, geme, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca).	2. Ligeiramente limitado Letárgico/Hipótonico	1. Nenhuma limitação Desperto e activo.	
Mobilidade	4. Completamente imóvel Não faz qualquer alteração ligeira de posição do corpo ou das extremidades sem ajuda (com ou sem sedação).	3. Muito limitada Capaz de fazer ligeiras alterações ocasionais do corpo ou das extremidades, mas incapaz de fazer alterações frequentes de forma independente.	2. Ligeiramente limitada Capaz de fazer alterações frequentes, embora ligeiras, de posição do corpo ou das extremidades de forma independente.	1. Nenhuma limitação Capaz de fazer alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda (por exemplo, virar a cabeça).	
Actividade	4. Completamente acamado Está confinado a uma incubadora aquecida com humidade	3. Limitado à cama Está confinado a uma incubadora sem humidade	2. Ligeiramente pouco limitada Numa incubadora de parede dupla.	1. Nenhuma limitação Num berço aberto.	
Nutrição	4. Muito pobre Nada Per'os (fluídos endovenosos exclusivos)	3. Inadequada Não recebe a quantidade ideal de dieta líquida para o crescimento (fórmula / leite materno) tendo de ser suplementada com fluídos endovenosos.	2. Adequada Alimentação por sonda que permite satisfazer as necessidades nutricionais para o crescimento.	1. Excelente Biberon/ Amamentação, em todas as refeições que satisfazem as necessidades nutricionais para o crescimento.	
Humidade	4. Constantemente húmida A pele está húmida sempre que a criança é manipulada ou posicionada.	3. Húmida A pele está frequentemente, mas nem sempre húmida. Os lençóis têm que ser trocados, pelo menos uma vez, de 8/8 h	2. Ocasionalmente húmida A pele está ocasionalmente húmida. Requer uma troca de lençóis extra cerca de uma vez por dia.	1. Raramente húmida A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados a cada 24 horas.	

TOTAL _____

Se a pontuação ≥ 13 iniciar padrão de cuidados para recém-nascido em risco de lesões de pele.

Adaptado com autorização de “The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for Predicting Skin Breakdown in Neonates”, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* Volume 20, N. ° 2, 1997. NSRAS: Versão Portuguesa, traduzida e adaptada por Cláudia Olho Azul Martins, 2013

ANEXO IX – VERSÃO RETROTRADUZIDA DA VERSÃO FINAL DA NSRAS

NEONATAL SKIN RISK ASSESSMENT SCALE (NSRAS)

					Score
General Physical Condition	4. Gestational age < 28 weeks	3. Gestational age > 28 weeks but < 33 weeks	2. Gestational age > 33 weeks but < 38 weeks	1. Gestational age > 38 weeks	
Mental Status	4. Completely limited Unresponsive to painful stimuli due to diminished level of consciousness or sedation. (does not shudder, grasp, moan, increase blood pressure, or heart rate)	3. Very limited Responds only to painful stimuli (shudders, grasps, moans, increased blood pressure or heart rate).	2. Slightly limited Lethargic/hypotonic	1. No limitation Alert and active.	
Mobility	4. Completely immobile Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance (with or without sedation).	3. Very limited Able to make occasional slight body and extremity changes but unable to make frequent changes independently.	2. Slightly limited Able to make frequent changes, although slightly, in body or extremity position independently.	1. No limitation Able to make frequent and significant changes in position without assistance (e.g., turning the head).	
Activity	4. Completely bed-bound Confined to a heater and humidified incubator	3. Limited bed bound Confined to a non humidified incubator	2. Slightly limited In a double walled incubator	1. No limitation In an open crib.	
Nutrition	4. Very poor Nothing oral (intravenous fluids exclusively)	3. Inadequate Does not receive the optimum amount of liquid diet for growth (formula/ breast milk) and needs to be supplemented with intravenous fluids.	2. Adequate Is on tube feedings which meet nutritional needs for growth.	1. Excellent Bottle/breastfeeds every meal which meets nutritional needs for growth.	
Moisture	4. Constantly moist Skin is moist/damp every time infant is moved or turned.	3. Moist Skin is often but not always moist/damp; linen must be changed at least once a shift.	2. Occasionally moist Skin is occasionally moist/damp. Requiring an extra linen change approximately once a day.	1. Rarely moist Skin is usually dry, linen requires changing only every 24 hours.	

TOTAL _____

If score \geq 13 begin infant on Standard of Care of Neonate at risk for skin injury.

Used with permission from “The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for Predicting Skin Breakdown in Neonates” Issues in Comprehensive Pediatric Nursing Volume 20 Issue 2, 1997. NSRAS: Portuguese Version, Translated and Adapted by Cláudia Olho Azul Martins, 2013.

ANEXO X – DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DA ELCOS

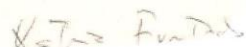
DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que os elementos dos corpos sociais da ELCOS - Sociedade de Feridas participaram, no passado dia 06 de Julho de 2013, em reunião com a Sr^a Enf^a Cláudia Olho Azul, com o objetivo de efetuar a validação linguística da Escala de Avaliação do Grau de Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão em Neonatologia.

Por ser verdade se emite a presente declaração que vai assinada pela Presidente da ELCOS - Sociedade de Feridas.

Arronches, 24 de Julho de 2013

A ELCOS - Sociedade de Feridas



(Presidente da Direção)

ANEXO XI – CERTIFICADO DO 1º PRÉMIO RECEBIDO NO 1º ENCONTRO
DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DE LISBOA

**1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE
NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA**
CUIDAR PARA O DESENVOLVIMENTO

15 e 16 de Novembro de 2013

CLÁUDIA OLHO AZUL recebeu o 1º Prémio atribuído ao **Poster** sobre o tema **Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão no Recém-Nascido: Pré-teste para validação de um instrumento da Unidade de Neonatologia do HPP de Cascais**, apresentado no 1º Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, que decorreu no Auditório do Edifício Escolar da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa, no Hospital de S. Francisco Xavier.



Enfermeiros Neonatologia
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

Marcia Theresia Vaz Carneiro
ASSINATURA

ASSINATURA

CERTIFICADO APRESENTAÇÃO DE POSTER

1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE

LISBOA

15 E 16 DE NOVEMBRO 2013

Certifica-se que Cláudia Olho azul participou
como preletor/a do **Poster**, com o tema:

Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão no RN Nasado.
no 1º Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, que decorreu no Auditório do Edifício
Escolar da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa, no Hospital de S. Francisco Xavier.



A COMISSÃO ORGANIZADORA:

Bea
ASSINATURA

Trançuelos
ASSINATURA

Enfermeiros Neonatologia
Área de Lisboa

APÊNDICE

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

ANO		2013												2014											
MÊSES		Set	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Mar		
Saúde Infantil e Pediatria	DIA 8	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	20		6	13	20	27	3	10	17	24	3	
		4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	19		3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	
	Estágio com relatório														Férias de Natal										

Legenda:

PREPARAÇÃO DO ESTÁGIO - ESEL

SERVIÇO URGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITAL Dr. FERNANDO FONSECA

ACES CASCAIS - CENTRO SAÚDE ALCABRQUE

SERVIÇO NEONATOLOGIA HOSPITAL DE SANTA MARIA

Curso Tratamento de feridas em Pediatría - APF

SERVIÇO NEONATOLOGIA HPP-CASCAIS

ELABORAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO

ALUNO: CLAUDIA OLHO AZUL MARTINS
Nº 4803

APÊNDICE II – “CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ” – PROMOÇÃO DAS
COMPETÊNCIAS PARENTAIS



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ VINCULAÇÃO PRECOCE



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ VINCULAÇÃO PRECOCE





CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ VINCULAÇÃO PRECOCE



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ SONO



Porque é que as crianças não devem dormir no quarto dos adultos...?



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ

SONO



Implementação do sono em casa

Ritual Nocturno:

1. Dar banho mesmo antes de dormir;
2. Cantar, ler uma história ou falar para a criança;
3. Deixá-la sozinha no seu berço, com o seu mobil ou boneco;
4. A criança aprenderá a adormecer sozinha.



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ

SONO



Implementação do sono em casa

- Hábito de Afectividade;



- Afectividade firme perante as exigências da criança;



- Segurança e paciência;



- Elementos externos que durmam com a criança.





CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ

SONO



Implementação do sono em casa

- Berço no quarto dos pais; (máximo até aos 6 meses, depois se possível no seu quarto)
- Ambiente tranquilo;
- Muita ordem e rotinas fixas;
- Posição adequada para dormir;
- Associação “escuridão e silêncio = sono” e “luz e som = vigília”
- Temperatura ambiente (pés e mãos frios = acordar durante a noite).



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ

SONO



O Sono nas Crianças

A partir dos 6-7 meses...

- ❖ Tem o ritmo das refeições e do sono bem estabelecido.
- ❖ Realiza quatro refeições diárias e dorme 11-12 horas sem acordar.
- ❖ Deve...
- ❖ ...dormir só (sem os pais e sem chorar);
- ❖ ...dormir no berço, sem luz.





CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ SONO



- Evite usar brinquedos e objectos dentro do berço, tais como: almofadas, edredões, sacos térmicos, gorros, laços ou fitas, bonecos com pêlo;
- Evite usar cordões de chupetas, bem como babetes;
- O bebé deve ser deitado no fundo do berço e a roupa da cama só deve cobrir até ao tórax do bebé;
- O colchão da cama deve ser firme e bem adaptado ao tamanho da cama, para que não existam espaços vazios entre o colchão e a cama;
- As protecções almofadadas das grades devem estar sempre bem fixas para não tombarem sobre o bebé;
- Os lençóis devem ser mudados pelo menos 1x por semana;



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ SONO



O Sono nas Crianças

- Dormir é essencial a um crescimento saudável;
- Permite sonhar;
- Reduz o cansaço e descansa o cérebro;
- Evita as doenças;
- Promove o crescimento;
- É importante na digestão e previne a obesidade.





CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ

SONO



O sono e a idade

Idade		Horas de Sono
Recém-nascidos e bebés	0-2 meses	10.5-18,5
	2-12 meses	14-15
	12-18 meses	13-15
Crianças	18 meses-3 anos	12-14
	3-5 anos	11-13
	5-12 anos	9-11
Adolescentes		8,5-9,5
Adultos		7-9



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ

SONO



O que é o sono?

- ...é uma necessidade fisiológica indispensável à vida;
- ...permite-nos manter o equilíbrio na nossa saúde;
- ...é um estado específico de repouso profundo do corpo;
- ...o sono perdido não se recupera;
- ...ninguém pode viver sem dormir;
- ...Ocupa 1/3 das nossas vidas





CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ SONO








Dormimos para estar
despertos, e estamos
despertos para poder
dormir!



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ DESENVOLVIMENTO INFANTIL



Desenvolvimento da Linguagem

0 - 6 meses	Expressão	Compreensão	Sinais de alerta
	- Choro diferente para as necessidades sentidas; Vocaliza vogais prolongadas; Mais tarde: Inicia o balbúcio CV (bababa, papapa...).	- Reage a estímulos sonoros e ao seu nome.	- Não reage a sons; Não sorri e não estabelece contacto visual.
6 - 12 meses	Expressão	Compreensão	Sinais de alerta
	- Usa maior variedade fonológica no balbúcio; Diz as primeiras palavras; Imita sons de animais.	- Olha para os familiares quando nomeados; Compreende expressões faciais e ordens simples; Compreende palavras que representam objectos.	- Não produz sons; Não reage ao seu nome; Não reage a sons.
12- 18 meses	Expressão	Compreensão	Sinais de alerta
	- Usa de 3 a 20 palavras; Repete palavras.	- Compreende de 50 a 75 palavras; Identifica objectos comuns e partes do corpo (olhos, nariz, boca).	- Não reage a estímulos; Não usa palavras isoladas.
18 - 24 meses	Expressão	Compreensão	Sinais de alerta
	- Usa cerca de 50 palavras; Combina duas palavras na frase; Diz o seu nome; Fala, na maior parte das vezes, ininteligível.	- Compreende cerca de 300 palavras; Compreende perguntas simples ("queres comer?"); Cumpre ordens com 2 comandos ("vai à cozinha e trás o biberão").	- Não compreende instruções simples; Vocabulário reduzido (de 4 a 6 palavras).
2 - 3 anos	Expressão	Compreensão	Sinais de alerta
	- Usa cerca de 500 palavras; Faz perguntas do tipo sim/não; Começa a usar o passado; Usa frases simples; Pode apresentar gaguez "natural".	- Compreende cerca de 900 palavras; Compreende perguntas do tipo "quem?", "qual?", "onde?"; Compreende preposições: "dentro", "em cima".	- Não reage a estímulos; Não usa palavras isoladas.



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ

DESENVOLVIMENTO INFANTIL



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ

VESTUÁRIO



No início, prefira a opção pé descalço!

E quando a temperatura descer, opte por sapatinhos suaves, em têxtil ou malha, para aquecer os pezinhos!



É necessário deixar os pés do bebê tranquilos antes de começar a andar ou antes de se manter de pé. Durante os primeiros 3 meses de aprendizagem, deixe o seu filho andar de pés descalços. Assim, favorece o seu crescimento correto e estimula os músculos dos membros inferiores.



A partir do momento em que o seu bebê começa a andar regularmente, pode passar para o calçado especialmente pensado para primeiros passos! É feito para garantir a sua estabilidade enquanto anda, ao mesmo tempo que assegura o suporte e o conforto. Nesta fase do crescimento, o desenvolvimento dos ossos e dos músculos do pé é contínuo.



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ VESTUÁRIO



Aspectos a ter em conta:

- Ser de fibras naturais (algodão, linho, lã);
- Fácil de vestir/despir;
- Permitir os movimentos do bebé;
- Permitir o crescimento e desenvolvimento neuromotor;
- Sistema de fecho eficaz e seguro;
- Adequada à temperatura exterior;
- Remover as etiquetas da roupa;
- Lavar antes da primeira utilização.



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ HIGIENE



UNHAS

- Não se usa corta-unhas;
- Usar tesoura curta de pontas redondas/lima;



OLHOS

- Com uma compressa embebida em soro fisiológico, limpar do lado mais limpo para o mais sujo (normalmente de fora para dentro).



OUVIDOS

- Deve limpar por fora. Deve secar bem atrás das orelhas.
- Nunca limpar dentro do ouvido. Nunca utilizar cotonetes.



NARIZ

- Colocar Soro Fisiológico nas narinas antes das refeições (se obstruídas);
- A criança come melhor se tiver o nariz limpo/desobstruído.



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ

HIGIENE



HORA DO BANHO

Preferencialmente à noite- favorece o sono tranquilo.

Gestão familiar.

Fortalece a relação pais-criança.

CONDIÇÕES

Preparar material previamente antes de despir a criança.

Evitar correntes de ar e diferenças de temperatura.

Dar o banho antes da alimentação, afim de evitar vômito.

ALERTAS

Nunca deixar a criança sozinha.

Temperatura da água 36°C a 37°C.

Colocar sempre, primeiro a água fria e depois gradualmente a água quente.

CUIDADOS PELE

Gel de banho, sabão ou sabonete com pH neutro (5,5);

Não esquecer de lavar pregas cutâneas.

Secar a pele da criança sem friccionar, não esquecendo as pregas cutâneas.



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ

HIGIENE





CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ ALIMENTAÇÃO



Até os seis meses de idade, o leite materno deve ser o único alimento do bebê.



A partir dos seis meses, introduza alimentos complementares ao leite materno, como cereais, carnes, leguminosas, frutas, legumes e tubérculos.



Para que a criança ingira, de forma balanceada, proteínas, carboidratos, gorduras e vitaminas, procure variar os alimentos, de maneira que ela coma um pouco de tudo.



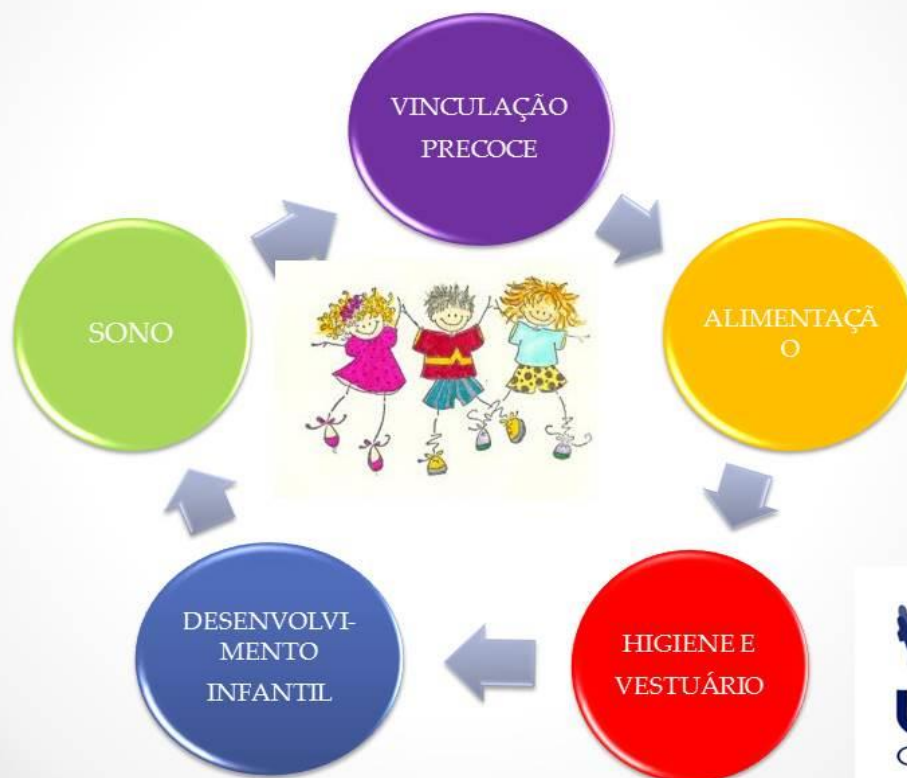
O açúcar só deve ser incluído na alimentação após um ano de idade e moderadamente.



Frituras, refrigerantes, açúcar e café podem tirar a vontade de consumir alimentos realmente nutritivos e causar doenças como obesidade, hipertensão e desnutrição. Portanto, procure evitá-los nos primeiros anos de vida da criança.



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ



CRESCER SAUDÁVEL E FELIZ



**OBRIGADO
PELA
ATENÇÃO**



APÊNDICE III – DIAPOSITIVOS APRESENTAÇÃO HPP CASCAIS: “CURSO
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO”



HPP HOSPITAL
DE CASCAIS
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Estrutura e Funções da Pele



Claudia Olho Azul



A PELE DO RECÉM NASCIDO PRÉ-TERMO

6
semanas

Epiderme inicia a sua diferenciação



22 – 24
semanas

Diferenciação dos queratinócitos em estrato córneo (camada mais superficial, responsável pela permeabilidade)
Início da formação do Vernix



28
semanas

O extracto córneo consiste em duas a três camadas de células

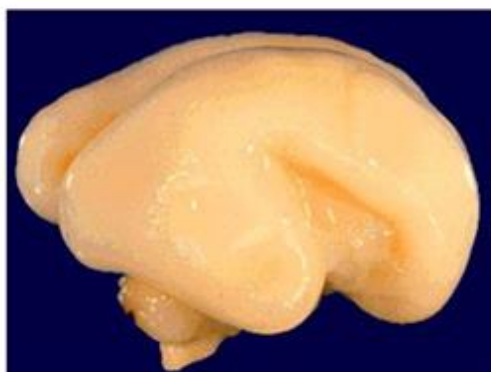


32
semanas

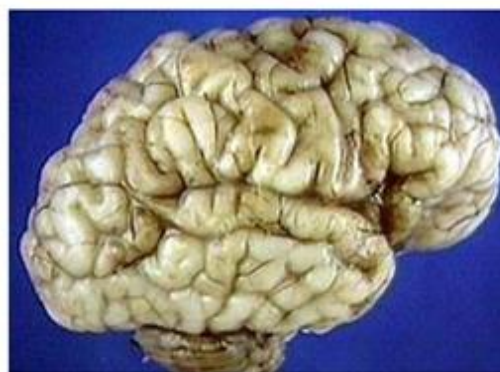
Existem mais de 15 camadas de corneócitos, equivalente à pele do adulto



A PELE DO RECEM NASCIDO PRÉ-TERMO



23 semanas de gestação



40 semanas de gestação

A PELE DO RECEM NASCIDO PRÉ-TERMO FUNÇÕES



A PELE DO RECEM NASCIDO PRÉ-TERMO



CARACTERÍSTICAS	RISCO
REPRESENTA 13% DA SUPERFÍCIE CORPORAL	COMPROMISSO DA MATURAÇÃO NEUROLÓGICA E APRENDIZAGEM DIANTE DOS DIFERENTES TIPOS DE TOQUE
ESTRATO CÓRNEO E EPIDERME MAIS DELGADOS	PERDA DE ÁGUA TRANSEPIDERMICA PODENDO CONDICIONAR HIPOTENSÃO E DESIDRATAÇÃO COM RISCO DE HEMORRAGIA INTRA VENTRICULAR E NEC
FORMAÇÃO LENTA DO MANTO CUTÂNEO ÁCIDO ANTIBACTERIANO PODE LEVAR 2 A 3 SEMANAS A ATINGIR PH = 4,0-5,0	RISCO DE INFECÇÃO SISTÊMICA (NASOCOMIAL) POR INVASÃO DE MICROORGANISMOS
TECIDO SUBCUTÂNEO REDUZIDO	RISCO DE HIPOTERMIA
VERNIX ESCASSO	RISCO DE TRAUMATISMO
REDUÇÃO DO COLAGENEO E FIBRAS ELASTICAS	RISCO DE LESÕES ISQUÊMICAS POR DIMINUIÇÃO DO FLUXO SANGUINEO DEVIDO A EDEMA POR DIMINUIÇÃO DO COLAGENEO

A PELE DO RECEM NASCIDO PRÉ-TERMO O pH DA SUPERFÍCIE DA PELE



RN DE TERMO



Demora cerca de 60 minutos a retomar valores normais

Nascença pH	6,3
Após 4 dias	4,9



RN PRÉ-TERMO



Pode levar até 7 dias

Nascença pH	6,7
Após 8 dias	5

FORMAÇÃO LENTA DO MANTO CUTÂNEO ÁCIDO ANTIBACTERIANO PODE LEVAR 2 A 3 SEMANAS A ATINGIR PH = 4,0-5,0



RISCO DE INFECÇÃO SISTÊMICA (NASOCOMIAL) POR INVASÃO DE MICROORGANISMOS

A PELE DO RECEM NASCIDO PRÉ-TERMO

INSTABILIDADE DA DERME

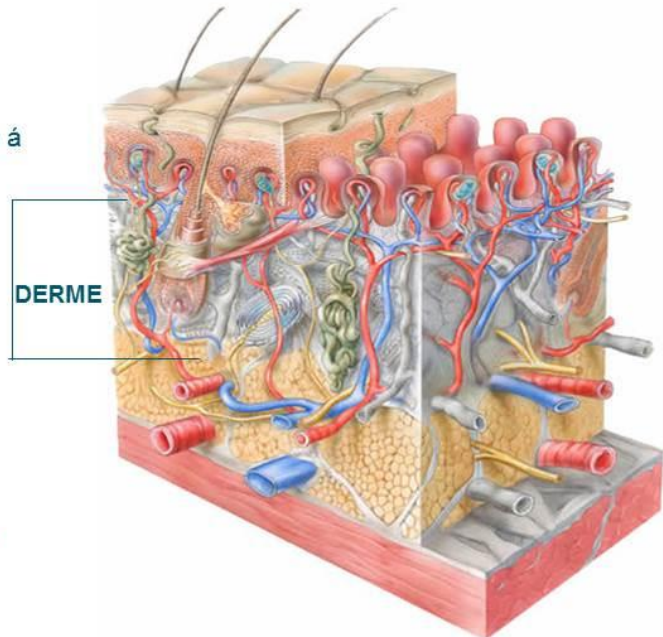
Derme do recém-nascido pré-termo
representa 60% da espessura em relação à
pele do adulto



Deficiente em colagénio



Maior susceptibilidade ao aparecimento
de lesões



Squires, A.J. & Hyndman, M. (2009)

A PELE DO RECEM NASCIDO PRÉ-TERMO

DEFICIENTE COESÃO ENTRE A EPIDERMIS E A DERME

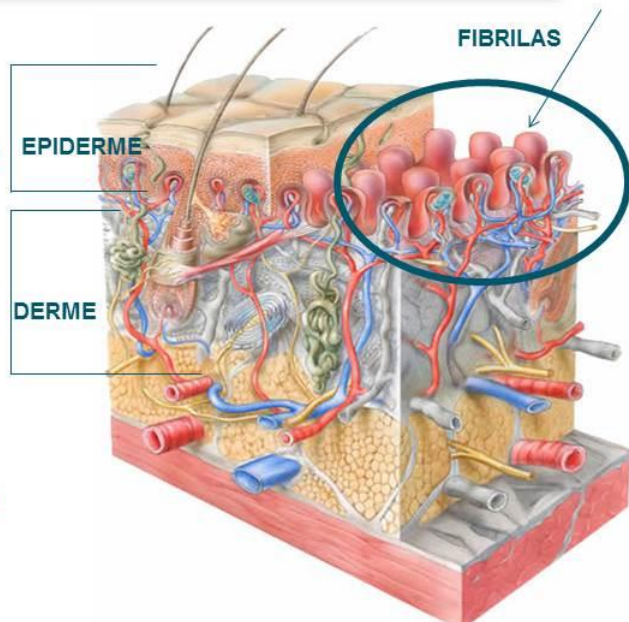
Fibrilas de Colágeno representam
o elemento de adesão dermoepidémico



Maior espaçamento entre a epiderme
e a derme
e menor coesão entre ambas



Maior susceptibilidade ao aparecimento
de lesões



Squires, A.J. & Hyndman, M. (2009)

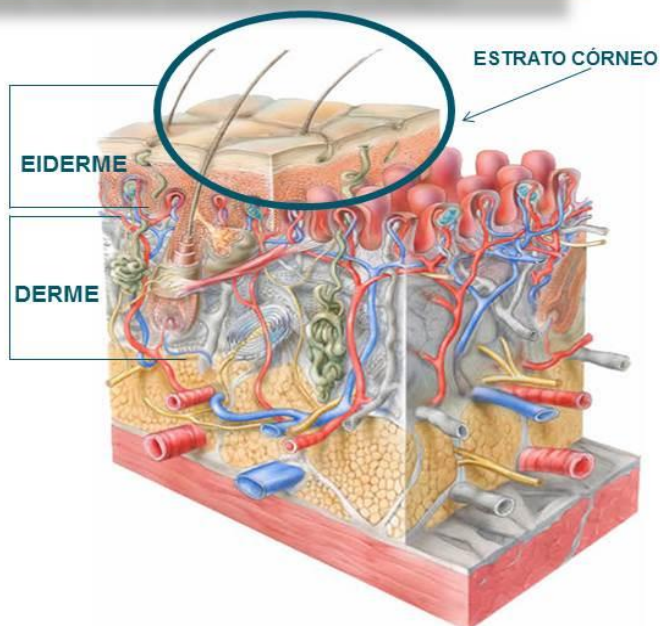
A PELE DO RECEM NASCIDO PRÉ-TERMO

SUBDESENVOLVIMENTO DO ESTRATO CÓRNEO

Estrato córneo é mais delgado e com menor número de células



Maior susceptibilidade ao aparecimento de lesões com ruptura da barreira protetora e aumento do risco de infecções sistêmicas, perda de elementos e entrada de micro-organismos



Squires, A.J. & Hyndman, M. (2009)

A PELE DO RECEM NASCIDO PRÉ-TERMO

- ☐ Subdesenvolvimento do Estrato Córneo
- ☐ Deficiente Coesão entre a Epiderme e a Derme
- ☐ Instabilidade da Derme
- ☐ PH da superfície da pele



A PELE DO RECÉM NASCIDO PRÉ-TERMO

Epiderme

□ Só começa a desenvolver-se a partir das 30 semanas de IG, sendo visível às 34 semanas e adquire espessura definitiva às 40 semanas. Das 24 às 30 semanas de IG, o estrato córneo da epiderme é limitado a uma fina camada de células achatadas

□ A partir do nascimento, a epiderme do Rn prematuro, qualquer que seja a IG, sofre maturação acelerada, tornando-se em 2 semanas semelhante à do Rn de termo



A PELE DO RECÉM NASCIDO PRÉ-TERMO

- ➔ Não há considerável diferença entre a absorção cutânea dos recém-nascidos de termo e do adulto. Já nos recém-nascidos pré-termo, principalmente antes das 32 semanas de gestação, a pele é imatura e incapaz de exercer as suas funções.
- ➔ Após as 2 primeiras semanas de vida a pele do RN pré-termo sofre uma maturação acelerada, passando a ter as mesmas características da pele do RN de termo, Maturação da barreira da pele – 2 a 4 semanas após o nascimento – Pode requerer até 8 semanas em prematuros extremos
- ➔ A diferença de maior importância entre a pele dos recém-nascidos de termo e os recém-nascidos pré-termo, encontra-se na constituição do estrato córneo, que tem como principais funções a conservação da água corporal e barreira de protecção



**HPP HOSPITAL
DE CASCAIS**
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

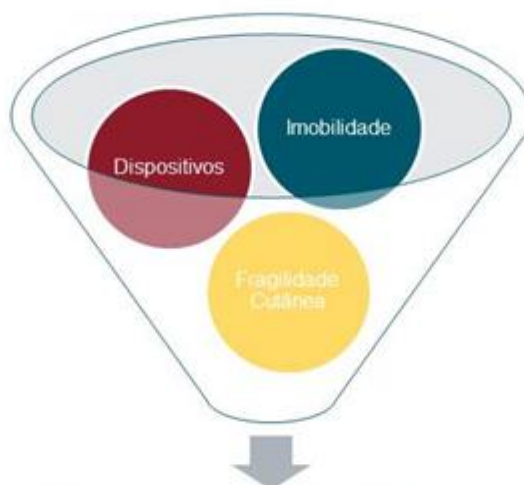
MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O
ALÍVIO/ REDUÇÃO DA PRESSÃO



Claudia Olho Azul
2013



MEDIDAS DE PREVENÇÃO IMOBILIDADE



Factores de Risco

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

IMOBILIDADE



Testa, Lavrador e Barraca, 2002

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

IMOBILIDADE



Merenstein e Gardner (1998) citados por Testa *et al* (2002)

Princípios Fundamentais:

- ❑ Orientação em linha média
- ❑ Flexão
- ❑ Contenção
- ❑ Criação de limites
- ❑ Facilitar o movimento mão-boca





MEDIDAS DE PREVENÇÃO

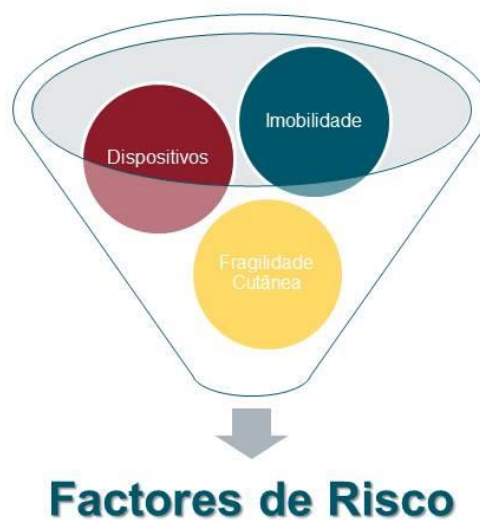
IMOBILIDADE



Merenstein e Gardner (1998) citados por Testa *et al* (2002)

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

DISPOSITIVOS



MEDIDAS DE PREVENÇÃO

IMOBILIDADE/INATIVIDADE

❑ Em Neonatologia a região occipital representa a maior proeminência óssea e assim, a região mais propensa ao aparecimento de lesões



MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O ALÍVIO/REDUÇÃO DA PRESSÃO



INCUBADORAS



BERÇOS

MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O ALÍVIO/ REDUÇÃO DA PRESSÃO



http://www.healthcare.philips.com/main/products/mother_and_child_care/post_natal_care/nicu/sleep_and_positioning

MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O ALÍVIO/ REDUÇÃO DA PRESSÃO



ALTERNÂNCIA DE DECÚBITOS

MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O ALÍVIO/ REDUÇÃO DA PRESSÃO



http://www.healthcare.philips.com/main/products/mother_and_child_care/post_natal_care/nicu/sleep_and_positioning

MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O ALÍVIO/ REDUÇÃO DA PRESSÃO



Almofada Redonda de Gel (Gel-E Donut):

- Bolsa de uretano que oferece uma superfície de apoio, auxilia no alívio da tensão causada pela imobilidade prolongada ou outras situações em que o reposicionamento frequente é contra-indicado;
- Existem três tamanhos (extrasmall, small e medium).

MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O ALÍVIO/ REDUÇÃO DA PRESSÃO



Almofada Auxiliar de Posicionamentos (Wedgie):

- Em forma de prisma. Existem com preenchimento de gel ou espuma e podem servir de apoio para todas as necessidades de posicionamento dos bebés;
- Podem também ser usados para apoiar as traqueias dos ventiladores;
- Quando colocados sob a bochecha do bebé e reposicionados periodicamente podem ser usados para trocar os pontos de pressão.

MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O ALÍVIO/ REDUÇÃO DA PRESSÃO



Pára-Quedas (Tucker Sling):

- Sistema de suporte para bebés que precisam de elevação;
- Pode ser usado em bebés com refluxo gástrico ou problemas respiratórios;
- A parte superior ajusta-se ao colchão ficando o bebé firmemente seguro por tiras ajustáveis e de fácil utilização;
- A escolha do pára-quedas está dependente do tamanho do colchão e do peso do bebé;
- Pode ser usada uma almofada debaixo do colchão para auxiliar a elevação do bebé.

MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O ALÍVIO/ REDUÇÃO DA PRESSÃO



Almofada de Elevação (*Prone Plus*):

Desenhada com o intuito de auxiliar a manter a posição de DV, suportando o tronco e utilizando a força natural da gravidade.

A sua forma facilita o natural posicionamento dos ombros, a coordenação mão-boca e o alinhamento médio do tronco e cabeça.

Existem em 4 tamanhos:

- Extra Small (<800g)
- Small (800-1250g)
- Medium (1250-2000g)
- Large (>2000g)

MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O ALÍVIO/ REDUÇÃO DA PRESSÃO



Frog (*Fredrick T. Frog*) :

Auxiliar em forma de saco maleável que tem várias funcionalidades:

- ⇒ Auxiliar nos posicionamentos ventral, lateral e dorsal;
- ⇒ Suporte para tubos;
- ⇒ Aconchegar/aninhar do bebé;
- ⇒ Pode ser ajustado em partes separadamente consoante as necessidades, usando como um par de mãos extra durante os procedimentos.

MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O ALÍVIO/ REDUÇÃO DA PRESSÃO



Ninhos (*Snuggle Up*):

- Ajudam a promover a estabilidade fisiológica do bebé;
- O apoio para os pés, acolchoado e macio, e as alças ajustáveis facilitam o movimento enquanto mantêm a posição e flexão adequadas;
- O peso do bebé influencia a escolha do ninho.

Extra pequeno: para bebés com peso < 900 gr;

Pequeno: para bebés com peso entre 800 e 1350 gr;

Médio: para bebés com peso entre 1300 e 2250 gr;

Grande: para bebés com peso > 2250 gr.

MATERIAIS DISPONÍVEIS PARA O ALÍVIO/ REDUÇÃO DA PRESSÃO



Rolos (*Encostos Bendy*):

Auxiliares de posicionamento dobráveis que mantêm a sua forma até serem reajustados:

- O mais pequeno (*Baby Bendy*) com cerca de 76 cm - projectado para bebés de muito baixo peso < 1200 g;
- O médio (*Bendy Bumper*) com cerca de 91 cm - indicado para todos os bebés prematuros > 1200 g;
- O maior (*Super Bendy*) com cerca de 120 cm — com uma haste mais resistente e que se adequa mais para posicionar gémeos, bebés maiores (>1800 g) e pacientes pediátricos.



**HPP HOSPITAL
DE CASCAIS**
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO



Claudia Olho Azul

ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

	Intensidade e duração da pressão				Pontos
MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado. Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada. Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho.	3. Ligeiramente limitada. Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação. Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
ACTIVIDADE Nível de actividade física	Criança com 12 anos com paralisia cerebral e Parâmetros Infecciosos				
PERCEÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de uma forma adequada em termos de desenvolvimento ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada. Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação.	2. Muito limitada. Responde unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação.	3. Ligeiramente limitada. Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.	4. Todos os doentes demenciado jovens para deambular ou caminhar frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos duas vezes em duas horas, durante o tempo em que está acordado.	
HUMIDADE Nível de exposição da pele a humidade	Tolerância da pele e estruturas de apoio				
FORÇAS DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO Fricção ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio. Deslizamentos ocorrem quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma contra a outra	1. Pele constantemente húmida. A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, drenagem, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado.	2. Pele muito húmida. A pele está frequentemente húmida, mas nem sempre. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8 em 8 horas.	3. Pele ocasionalmente húmida. A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança dos lençóis de 12 em 12 horas.	4. Pele raramente húmida. A pele está geralmente seca; os lençóis só requerem uma mudança a cada 24 horas.	
NUTRIÇÃO Padrões usuais de alimentação	1. Muito pobre. Está em jejum e/ou a dieta líquida, ou EV por mais de 5 dias OU Albumina < 2,5 mg/dl OU Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 2 refeições de carne ou laticínios. Ingerir pouco dietético.	2. Inadequada. Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SH ou nutrição parentérica que fornece calorias e minerais inadequados para a idade OU Albumina < 2 mg/dl OU raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. Adequada. Encontra-se a ser alimentado por SH ou nutrição parentérica, o que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU come mais de metade da maior parte das refeições. Come um total de 4 refeições diárias de proteínas (carne, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético caso lhe seja oferecido.	4. Excelente. Encontra-se numa dieta que fornece calorias adequadas à idade. Por exemplo: come/bebe a maioria das refeições/dietas. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne ou laticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
PERFUSÃO TEGUMENTAR E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometido. Hipotensão (TA Média < 50 mmHg) < 40 mmHg num recém nascido OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição.	2. Comprometido. Hipotensão; Saturação de oxigénio pode ser < 95% OU a hemoglobina pode ser < 10 mg/dl OU o preenchimento capilar pode ser > 2 segundos; Ph sérico < 7,35.	3. Adequado. Normotensão; Saturação de oxigénio pode ser > 95% OU a hemoglobina pode ser > 10 mg/dl OU o preenchimento capilar pode ser < 2 segundos; Ph sérico normal.	4. Excelente. Normotensão; Saturação de oxigénio > 95%; Hemoglobina normal; 8 preenchimento capilar < 2 segundos.	
Total:					15

Copyright 2002, Quigley SA, Carley MAQ, Children's Hospital, Boston.
Copyright 2003, Versão Portuguesa: Cristina Alguizás, João Gouveia, Kátia Furtado, Pedro Ferreira
Grupo Associativo de Investigação em Feridas e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Risco Alto

ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

	Intensidade e duração da pressão				Pontos
MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado. Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada. Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho.	3. Ligeiramente limitada. Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação. Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
ACTIVIDADE Nível de actividade física	Criança com 5 anos de idade com diagnóstico de gastroenterite				
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de uma forma adequada em termos de desenvolvimento ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada. Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou a sedação.	2. Muito limitada. Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação.	3. Ligeiramente limitada. Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.	4. Nenhuma limitação. Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Tolerância da pele e estruturas de apoio					
HUMIDADE Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida. A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, drenagem, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida. A pele está frequentemente húmida, mas nem sempre. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8 em 8 horas.	3. Pele ocasionalmente húmida. A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança dos lençóis de 12 em 12 horas.	4. Pele raramente húmida. A pele está geralmente seca; os lençóis só requerem uma mudança a cada 24 horas.	
FORÇAS DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO Fricção: ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio. Deslizamento: ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma contra a outra.	1. Problema significativo. Espasticidade, contracturas ou agitação leva a um quase constante movimento e fricção.	2. Problema moderado. A ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima.	3. Problema potencial. Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	4. Nenhum problema. É possível levantar o doente completamente o doente durante um posicionamento. Move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as alturas.	
NUTRIÇÃO Padrões usuais de alimentação	1. Muito pobre. Está em jejum e/ou a dieta líquida, ou EV por mais de 5 dias OU Albumina < 2,5 mg/dl OU nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 2 refeições de carne ou laticínios. Ingere poucos líquidos. Não toma suplemento dietético.	2. Inadequada. Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SNG/nutrição parentérica, que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU Albumina < 3 mg/dl OU raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. Adequada. Encontra-se a ser alimentado por SNG ou nutrição parentérica, o que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU come mais de metade da maior parte das refeições. Come um total de 4 refeições diárias de proteínas (carne, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético caso lhe seja oferecido.	4. Excelente. Encontra-se numa dieta que fornece calorias adequadas à idade. Por exemplo: come/bebe a maioria das refeições/dietas. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne ou laticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
PERFUSÃO TEGUMENTAR E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometido. Hipotensão (TA Média <50 mmHg; <40 mmHg num recém-nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição.	2. Comprometido. Normotensão; A saturação de oxigénio pode ser <95% OU a hemoglobina pode ser <10 mg/dl OU o preenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico >7,40.	3. Adequado. Normotensão; A saturação de oxigénio pode ser >95% OU a hemoglobina pode ser >10 mg/dl OU o preenchimento capilar pode ser <2 segundos; Ph sérico normal.	4. Excelente. Normotensão; A saturação de oxigénio >95%; Hemoglobina normal; 8; Preenchimento capilar <2 segundos.	
Total:					24

Copyright 2002, Quigley SA, Curley MAQ, Children's Hospital, Boston.
Copyright 2003, Versão Portuguesa: Cristina Aguiar, João Gouveia, Kátia Furtado, Pedro Ferreira.
Grupo Associativo de Investigação em Feridas e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Risco Baixo

ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

	Intensidade e duração da pressão				Pontos
MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado. Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada. Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho.	3. Ligeiramente limitada. Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação. Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
ACTIVIDADE Nível de actividade física					
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de uma forma adequada em termos de desenvolvimento ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada. Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou a sedação.	2. Muito limitada. Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação.	3. Ligeiramente limitada. Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.	4. Nenhuma limitação. Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Tolerância da pele e estruturas de apoio					
HUMIDADE Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida. A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, drenagem, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida. A pele está frequentemente húmida, mas nem sempre. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8 em 8 horas.	3. Pele ocasionalmente húmida. A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança dos lençóis de 12 em 12 horas.	4. Pele raramente húmida. A pele está geralmente seca; os lençóis só requerem uma mudança a cada 24 horas.	
FORÇAS DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO Fricção: ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio. Deslizamento: ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma contra a outra.	1. Problema significativo. Espasticidade, contracturas ou agitação leva a um quase constante movimento e fricção.	2. Problema moderado. A ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima.	3. Problema potencial. Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	4. Nenhum problema. É possível levantar o doente completamente o doente durante um posicionamento. Move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as alturas.	
NUTRIÇÃO Padrões usuais de alimentação	1. Muito pobre. Está em jejum e/ou a dieta líquida, ou EV por mais de 5 dias OU Albumina < 2,5 mg/dl OU nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 2 refeições de carne ou laticínios. Ingere poucos líquidos. Não toma suplemento dietético.	2. Inadequada. Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SNG/nutrição parentérica, que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU Albumina < 3 mg/dl OU raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. Adequada. Encontra-se a ser alimentado por SNG ou nutrição parentérica, o que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU come mais de metade da maior parte das refeições. Come um total de 4 refeições diárias de proteínas (carne, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético caso lhe seja oferecido.	4. Excelente. Encontra-se numa dieta que fornece calorias adequadas à idade. Por exemplo: come/bebe a maioria das refeições/dietas. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne ou laticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
PERFUSÃO TEGUMENTAR E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometido. Hipotensão (TA Média <50 mmHg; <40 mmHg num recém-nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição.	2. Comprometido. Normotensão; A saturação de oxigénio pode ser <95% OU a hemoglobina pode ser <10 mg/dl OU o preenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico >7,40.	3. Adequado. Normotensão; A saturação de oxigénio pode ser >95% OU a hemoglobina pode ser >10 mg/dl OU o preenchimento capilar pode ser <2 segundos; Ph sérico normal.	4. Excelente. Normotensão; A saturação de oxigénio >95%; Hemoglobina normal; 8; Preenchimento capilar <2 segundos.	
Total:					

Copyright 2002, Quigley SA, Curley MAQ, Children's Hospital, Boston.
Copyright 2003, Versão Portuguesa: Cristina Aguiar, João Gouveia, Kátia Furtado, Pedro Ferreira.
Grupo Associativo de Investigação em Feridas e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Utente 69 anos Pneumonia Bilateral – A.P.: Diabetes Mellitus Tipoll

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de percepção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou a sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1986; Validada para Portugal por Margato, C.; Miguéns, C.; Ferreira, P.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2001)

15 Risco Alto

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de percepção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou a sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1986; Validada para Portugal por Margato, C.; Miguéns, C.; Ferreira, P.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2001)

Úlceras de Pressão: Escala de Braden/Braden Q

1. Vigiar a pele

Sinais de ulcera por pressão – eritema branqueavel
Estado da pele: desidratação escoriações, eritema,
temperatura, tumefação, maceração, úlceras cicatrizadas

2. Higiene

Lavar a pele com água morna
Manter a pele limpa e seca
Aplicar creme protector
Aplicar ácidos gordos nas proeminências ósseas

3. Controlar a humidade

Providenciar fraldas/resguardos absorventes
Optimizar roupas da cama : limpa seca e sem rugas
Oferecer arrastadeira/urinol
Lavar frequentemente a pele se incontinência urinária ou fecal
Aplicar protector cutâneo se incontinência urinária ou fecal presente

4. Controlar o atrito

Elevar a cabeceira da cama não mais que 30° (se não houver contra indicações) excepto nas refeições evitando pressão de deslizamento
Incentivar o uso do trapésio
Minimizar a fricção nos calcâneos e cotovelos
Evitar arrastar o doente na cama
Evitar massajar as proeminências ósseas

5. Mobilização

Posicionar frequentemente
Mobilizar (passivas/ativas) articulações aquando do posicionamento
Manter o alinhamento corporal
Elaborar plano individual de posicionamento com intervalos de 3 a 4 horas ajustando á tolerância e condição clinica
Executar pequenas mudanças de posição no intervalo das manipulações

6. Nutrição

Requerer apoio do serviço de Nutrição
Vigiar a refeição
Monitorizar a refeição

7. Superfícies de apoio

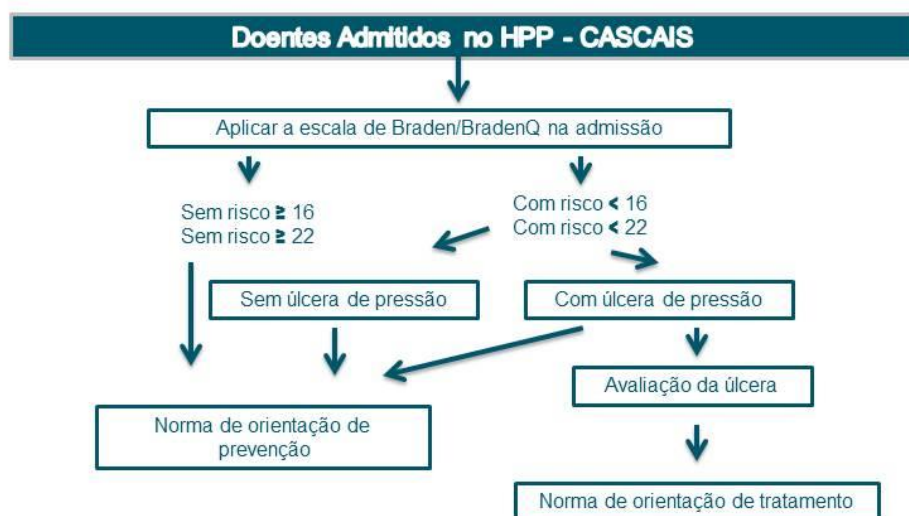
Aplicar superfícies de redução de pressão na cama e/ou cadeira estáticas
Aplicar superfícies de redução de pressão na cama e/ou cadeira dinamicas
Aplicar almofadas e dispositivos de espuma para os posicionamentos laterais

Úlceras de Pressão: Escala de Braden/Braden Q

Úlcera de pressão	Risco	Intervenções de Enfermagem
Risco Baixo		Assegurar nutrição adequada <input type="checkbox"/>
		Controlar humanidade
		Manter integridade da pele <input type="checkbox"/>
		Mobilizar a criança <input type="checkbox"/>
		Optimizar posição corporal <input type="checkbox"/>
		Monitorizar risco de ulcera de pressão <input type="checkbox"/>
		Assistir a criança no posicionar <input type="checkbox"/>
		Posicionar a criança <input type="checkbox"/>
		Providenciar dispositivos de protecção <input type="checkbox"/>
		Vigiar pele <input type="checkbox"/>
		Incentivar a criança no posicionar <input type="checkbox"/>
		Vigiar perfusão dos tecidos <input type="checkbox"/>
		Supervisionar a criança no posicionar <input type="checkbox"/>
		Optimizar roupas <input type="checkbox"/>
Risco Alto		Todas as intervenções do risco baixo
		Massajar corpo com creme hidratante <input type="checkbox"/>

Úlceras de Pressão: Escala de Braden/Braden Q

Algoritmo de Avaliação do Risco



- Monitorizar o risco de 48/48 horas durante a primeira semana e posteriormente uma vez por semana 7/7 dias
- Monitorizar o risco sempre que houver alterações significativas do estado do doente

Úlceras de Pressão: Escala de Braden/Braden Q

Períodos recomendados de reavaliação do risco de úlceras de pressão através da utilização da Escala de Braden/BradenQ				
Internamentos Hospitalares	Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos	Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos	Cuidados Domiciliários	Doentes que não permaneçam mais de 48h no serviço
48/48 horas	24/24 horas	48/48 horas	Semanalmente	Apenas se existir alguma intercorrência

Úlceras de Pressão: Escala de Braden Q Portugal

- A escala Braden Q é constituída por 6 subescalas da escala *Braden* original :

- a) Que avaliam as dimensões : percepção sensorial, humidade da pele, actividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento;
- b) e uma subescala de perfusão/oxigenação tecidular

Paralelamente à aplicação da escala *Braden Q* deverá ser avaliado o estado da pele através de um instrumento de avaliação da pele;

Devem ser considerados os seguintes níveis de risco:

- a) Alto risco ≤ 22
- b) Baixo risco ≥ 22

Úlceras de Pressão: Escala de Braden

“A avaliação clínica por si só tem menor grau de predictibilidade do que a Escala de Braden”

Tom Defloor, 2001



Úlceras de Pressão: Escala de Braden Portugal

Estudos de validação da Escala de Braden em Portugal:

1. Ferreira, Pedro; Miguéns, Cristina; Gouveia, João; Furtado, Kátia. Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden. Lusodidacta. 2007
2. Miguéns C, Ferreira PL. Avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão na população pediátrica: validação da versão portuguesa da Escala de Braden Q. Nursing 2009 Jun;21:12-6



Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro, emite-se a Orientação seguinte:

1. Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.

CRITÉRIOS

1. São critérios de aplicação da Escala de Braden e Braden Q:
 - a) Doentes com idade superior a 18 anos - Escala de Braden;
 - b) Doentes com idades compreendidas entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade - Escala de Braden Q.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE | Alterada a D. Mariana Henriques, 45 - 1049-005 Lisboa | Tel: 218430500 | Fax: 218430530 | E-mail: ger@dggs.pt | www.dgs.pt

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i015800.pdf>

Úlceras de Pressão: Escala de Braden

- Estudo de validação da **Escala de Braden** publicado por Barbara Braden e Nancy Bergstrom em 1998 na Nursing Research




- Escala validada em diferentes populações com Melhor fidelidade/validade e validade preditiva (Pancorbo-Hidalgo et al. 2006)



■ Dimensões da escala:

- Percepção sensorial,
- humidade,
- actividade,
- mobilidade,
- nutrição,
- fricção e forças de deslizamento

Úlceras de Pressão: Escalas de Avaliação de Risco

Escala de Risco: Instrumento que estabelece uma pontuação  probabilidade de risco /predisposição do doente para o desenvolvimento de úlceras de pressão em função de uma série de parâmetros (factores de risco)

Não devem ser usadas isoladamente, sem uma avaliação do doente

Vantagens

- Sensibilizar os profissionais para o risco
- Fornecer dados para a avaliação dos cuidados
- Confere objectividade aos planos de prevenção e tratamento
- Optimização de recursos

Desvantagens

- Pouco específicas
- Baixa fiabilidade
- Grau de predictibilidade é influenciado pelas medidas preventivas

Úlceras de Pressão: Avaliação do Risco

A incorrecta avaliação dos factores e do grau do risco é considerada uma das falhas na prevenção das UP.

A avaliação do risco deve ser visto como um processo dinâmico, não existindo regras rígidas para a frequência da sua avaliação cada doente tem a sua individualidade.

A avaliação do risco deve fazer parte integrante da avaliação global do doente



- I – Prevenir úlceras de pressão evita a dor e desconforto desnecessários e até a morte;
- II - Prevenir úlceras de pressão custa menos dinheiro que o seu tratamento;
- III - A maioria das úlceras de pressão podem ser prevenidas.

■ Prevenção das Úlceras de Pressão



1. Estabelecer políticas de avaliação de risco nas unidades de saúde (Nível de Evidência C)
2. Formação dos profissionais de saúde da avaliação de risco (Nível de Evidência B)
3. Documentar a avaliação de Risco (Nível de Evidência C)
4. Utilizar uma intervenção estruturada na identificação de risco (Nível de Evidência C)
 1. Escala de avaliação de Risco
 2. Avaliação da Pele
 3. Avaliação Clínica



HPP HOSPITAL
DE CASCAIS
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

Tratamento Úlceras de
Pressão/ Feridas



TRATAMENTO ÚLCERAS DE PRESSÃO / FERIDAS

“Qualquer substância aplicada na pele de um RN, especialmente se for pré-termo, é susceptível de ser absorvida. Assim deverão ser usados produtos com baixa toxicidade.”

(Consensos Nacionais em Neonatologia, 2004)



TRATAMENTO ÚLCERAS DE PRESSÃO / FERIDAS

	PROPRIEDADES	INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	TIPO FERIDA
LAURODERM®	ÓXIDO DE ZINCO (ESTIMULA ACTIVIDADE ENZIMÁTICA, PROPRIEDADE ANTISÉPTICA SUAVE E ADSTRINGENTE) ÁCIDO BÓRICO (PROPRIEDADE ANTI-FÚNGICA E ANTISEPTICA) ÁCIDO SALICÍLICO (PODER ESFOLIATIVO E TAMBÉM UMA ACÇÃO HIDRATANTE)	Desinfecção; Higiene da pele e mucosas.	Irritações Cutâneas
HALIBUT®	ÓXIDO DE ZINCO, PALMITATO DE VITAMINA A, VITAMINA D3, DRAGOS AN, ÓLEO DE GIRASSOL, VASELINA LÍQUIDA, TALCO, ARLACEL 989, BUTIL-HIDROXIANISOL (E320), ÁGUA PURIFICADA, SULFATO DE MAGNÉSIO, SOLUÇÃO DE SORBITOL 70%, GLICEROL, PARA-HIDROXIBENZOATO DE METILO, PARA-HIDROXIBENZOATO DE PROPILO, BUTIL-HIDROXITOLUENO (E321) E ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU.	Regenera; Protege; Cicatriz; Acalma a pele; Adstringente; Acção Antisséptica.	Irritações Cutâneas com pele intacta
PASTAD'ÁGUA	ÁGUA TERMAL (OLIGOELEMENTOS E PH NEUTRO) ÓXIDO DE ZINCO	Protecção e cuidados não oclusivos. Assepticante, purificante e apaziguante. Protege; Cicatriz; Regenera.	Aplicar sobre a região fragilizada, sobre uma pele perfeitamente limpa e seca.

TRATAMENTO ÚLCERAS DE PRESSÃO / FERIDAS

	PROPRIEDADES	INDICAÇÃO TERAPÉUTICA	TIPO FERIDA
SUCRALFATO	ANTIÁCIDOS E ANTIÚLCEROSOS 	Regenera e repara a pele (protege a lesão e activa a reparação da pele). Liga as proteínas cutâneas e cria um filme protector sobre a pele. Diminui a acidez e regenera a mucosa.	Macerações com perda da integridade cutânea e com risco de infecção (sangrantes e exsudativas)
CICALFATE®	ÓXIDO DE ZINCO/SULFATO DE ZINCO SUCRALFATO / ÁGUA TERMAL 	Ação antibacteriana	Macerações com perda da integridade cutânea e com risco de infecção (sangrantes e exsudativas)
TROLAMINA	Ácido Algínico + Ácido Esteárico + Ácido Sórbito	Aumenta o número de macrófagos que ajudam a remover tecido necrosado e permitem a proliferação dos fibroblastos promovendo o crescimento das células epiteliais	Queimaduras Tecido necrosado/Desvitalizado Zonas de pressão

TRATAMENTO ÚLCERAS DE PRESSÃO / FERIDAS

OUTROS	PROPRIEDADES	INDICAÇÃO TERAPÉUTICA	TIPO DE FERIDA
HIDROGEL	Gel composto de sal sódico de copolímero ácido acrílico (efeito geleificante), propilenoglicol (efeito umectante, favorece a fixação da umidade atmosférica à pele e ao produto), óleo mineral (emoliente de efeito oclusivo, forma uma barreira suave devido a sua baixa concentração na fórmula, evitando a perda de água transepidermal), óleo de girassol (emoliente vegetal rico em tocoferóis e ácido linoleico, conferindo uma proteção contra perda de água pela pele), digluconato de clorexidina (desinfetante e antisséptico, atua como agente bactericida frente a um largo espectro de bactérias), fenoxietanol metil parabeno-propil parabeno (conservantes contra contaminação por bactérias e fungos), sulfadiazina de prata (ação bacteriostática e efeitos anti-microbianos frente às leveduras e fungos) e água destilada (cerca de 90%).	Ajuda a manter um ambiente húmido na ferida, o qual promove granulação e epitelização. Proporciona moderada absorção de exsudato e a sua remoção é atraumática. Auxilia no desbridamento autolítico pelos seus efeitos hidratantes	Pode ser usado para preenchimento de feridas com espaço morto. Indicado para feridas de profundidade parcial, com pouca drenagem a moderada ou em feridas sem drenagem.
ASKINA BIOFILME TRANSPARENTE	Carboximetilcelulose poliisobutileno e suporte de poliuretano.	Permite uma visualização permanente do estado da ferida. Impermeável à água e bactérias.	Proteção em locais de riscos

TRATAMENTO ÚLCERAS DE PRESSÃO / FERIDAS



Quadro 1 – Classificação das úlceras de pressão (NPUAP/EPUAP, 2009)

Categoria I	Eritema não branqueável em pele intacta
Categoria II	Perda parcial da espessura da pele ou flictena
Categoria III	Perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)
Categoria IV	Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)

TRATAMENTO ÚLCERAS DE PRESSÃO / FERIDAS



Quadro 1 – Classificação das úlceras de pressão (NPUAP/EPUAP, 2009)

Categoria I	Eritema não branqueável em pele intacta
Categoria II	Perda parcial da espessura da pele ou flictena
Categoria III	Perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)
Categoria IV	Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)

TRATAMENTO ÚLCERAS DE PRESSÃO / FERIDAS



Quadro 1 – Classificação das úlceras de pressão (NPUAP/EPUAP, 2009)

Categoria I	Eritema não branqueável em pele intacta
Categoria II	Perda parcial da espessura da pele ou flictena
Categoria III	Perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)
Categoria IV	Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)

TRATAMENTO ÚLCERAS DE PRESSÃO / FERIDAS



Quadro 1 – Classificação das úlceras de pressão (NPUAP/EPUAP, 2009)

Categoria I	Eritema não branqueável em pele intacta
Categoria II	Perda parcial da espessura da pele ou flictena
Categoria III	Perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)
Categoria IV	Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)

TRATAMENTO ÚLCERAS DE PRESSÃO / FERIDAS



Quadro 1 – Classificação das úlceras de pressão (NPUAP/EPUAP, 2009)

Categoria I	Eritema não branqueável em pele intacta
Categoria II	Perda parcial da espessura da pele ou flictena
Categoria III	Perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)
Categoria IV	Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)

TRATAMENTO ÚLCERAS DE PRESSÃO / FERIDAS





OBRIGADO PELA ATENÇÃO



Acreditado pela
*Joint Commission
International*



**HPP HOSPITAL
DE CASCAIS**
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves • 2755-009 Alcabideche
Tel.: 214 653 000 • Fax.: 214 653 196
www.hppcascais.pt



APÊNDICE IV – PROCEDIMENTOS: FOCO ÚLCERA DE PRESSÃO

Procedimentos

Foco: Úlcera de Pressão



GRUPO PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

1. DESIGNAÇÃO

Procedimentos para o foco úlcera de pressão

2. PADRÃO

Não aplicável.

1. OBJECTIVOS

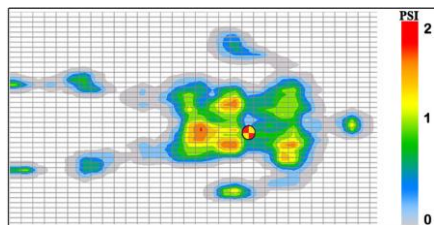
1. Promoção da integridade cutânea dos doentes internados;
2. Redução das taxas de incidência e prevalência
3. Racionalização do consumo de recursos humanos e materiais, com base em critérios de custo/eficácia/benefício
4. Documentação dos dados epidemiológicos
 - a. Normalização dos sistemas de informação/documentação
 - b. Indicadores de diagnóstico de risco e presença
 - c. % de casos de risco
 - d. Taxa de risco
 - e. Taxa de incidência / prevalência
 - f. Taxa de úlceras de pressão por categorias
 - g. Doentes admitidos com
 - h. Taxas de úlceras de pressão por localizações mais frequentes
 - i. Taxa de cicatrização
5. Promoção da formação/ investigação
6. Proporcionar aos profissionais de saúde a consulta, discussão e transmissão de conhecimentos nesta área;
7. Favorecer a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e o doente;

3. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros do HPP Hospital de Cascais.

4. DEFINIÇÕES

Desde cedo que as úlceras de pressão constituem uma preocupação nos cuidados de saúde. Actualmente constituem uma das **lesões iatrogénicas mais frequentemente reportadas**,



surgindo nos lugares cimeiros dos **eventos adversos** mais graves da Organização Mundial de Saúde.

Números epidemiológicos alarmantes, associados a graves repercussões para o doente/sistemas familiar e sociedade tornam estas fazer destas lesões um **grave problema de saúde pública**. Dados apontam para uma prevalência em instituições hospitalares, entre os 7%-25% e de incidência entre 2% e 13%.

Apesar de ainda não ser completamente conhecido o processo de formação das úlceras de pressão, vários estudos de bio engenharia *in vitro* e *in vivo* de viabilidade tecidual realizados nos últimos 30 anos têm fornecido sólidas evidências para a sua compreensão. **Associada aos períodos de imobilidade prolongada**, a etiologia destas lesões esteve intemporalmente focalizada nas **forças mecânicas exercida pelas superfícies externas na superfície corporal**.

De acordo com a recente definição de consenso entre a European Pressure Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel uma ulcera de pressão é *“uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma **proeminência óssea**, em resultado da **pressão** ou de uma combinação entre esta e forças de torção”*.

Características de linearidade, anisotropia e visco-elasticidade bem como a elevada demanda metabólica e de vascularização musculares fundamentam a baixa tolerância do tecido muscular e a **maior susceptibilidade para a lesão dos tecidos musculares profundos**, mesmo antes da alteração da integridade cutânea (*deep tissue injury*). Fenómenos de **deformação do tecido muscular** (ruptura celular), **hipoxia** (obstrução capilar e isquémia), **queda da temperatura tecidual local** e **interrupção da difusão de metabolitos de nutrientes** conduzem ao aparecimento das úlceras de pressão profundas.

As **proeminências ósseas** suportam, nos diferentes decúbitos, o peso do corpo.

Aquando de um período de imobilidade prolongada e não aliviada verifica-se a ocorrência destas lesões predominantemente nestas zonas. Num estudo de prevalência da EPUAP realizado a nível Europeu, verificou-se a região sacro-coccígea como o local mais frequente, seguida dos calcâneos, região isquiática, maleolar e trocantérica.

Factores Primários	Definição	Mecanismo de actuação
Pressão	<p>Força mecânica perpendicular que actua entre dois planos: do doente (esquelético – proeminência óssea) e outro externo (superfície externa)</p> <p>A formação da uma úlcera depende da intensidade da pressão, como do tempo que é exercida.</p> <p>Uma pressão maior aplicada num curto período de tempo conduz ao dano tecidual mais facilmente que intensidades mais baixas de pressão em períodos de tempo maiores.</p>	
Fricção	<p>Força tangencial que actua paralelamente na pele quando uma parte da superfície corporal desliza numa superfície externa. Provoca a perda de integridade cutânea superficial e evolução posterior para os tecidos profundos.</p>	
Forças de cisalhamento	<p>A força de gravidade provoca o deslizamento do doente na superfície de apoio. A força oposta produzida pela superfície é constituída por uma componente paralela (fricção), perpendicular (pressão) e tangencial (torção).</p> <p>Os tecidos moles superficiais permanecem fixos à superfície externa, enquanto que os tecidos profundos deslizam, produzindo rapidamente a sua deformação tecidual e interrupção vascular.</p>	

Peritos defendem que a maioria destas lesões são evitáveis. A sua prevenção foi recentemente considerada como um direito humano universal na “*Declaração do Rio de Janeiro*” aprovada Sociedade Ibero – Latino - Americana em Outubro de 2011:

“Considerando que:

1. É da responsabilidade dos países garantir o direito à saúde e à vida das pessoas.
2. As úlceras de pressão são um **grave problema de saúde pública** que afecta a vida de milhões de pessoas no mundo, deteriorando a sua saúde, qualidade de vida, e que pode conduzir a incapacidade e a morte
3. As úlceras por pressão geram **custos elevados** para os serviços de saúde dos países e severas **implicações éticas e legais** para todos os profissionais de saúde e organizações
4. O actual conhecimento científico demonstrou que **é possível evitar a quase totalidade destes processos** (pelo menos 95%)
5. Estas lesões são um evento adverso e pressupõem uma **ameaça de elevada magnitude para a segurança do doente**, em todos os sistemas de saúde, sociais e da comunidade

Para enfrentar este problema é necessário:

1. Estabelecer um **compromisso** com a definição e colocação em **prática firmes e decididas políticas orientadas para a prevenção** deste importante problema de saúde pública.
2. **Assegurar o acesso universal e equitativo** de todas as pessoas e recursos materiais e humanos de qualidade, necessários para a prevenção e tratamento destas lesões
3. Garantir a **aplicação de critérios de qualidade com evidências científicas** e não apenas económicas, nos procedimentos de selecção de materiais preventivos e de tratamento
4. **Melhorar a formação básica e pós-básica**, com um enfoque integral e interdisciplinar dos profissionais de saúde acerca do cuidado das pessoas que sofre, ou estão em risco de sofrer destas lesões
5. **Promover a investigação, o desenvolvimento e inovação** para se avançar no conhecimento sobre os cuidados
6. **Promover a criação de unidades especializadas** para o atendimento das pessoas com feridas, com um enfoque claramente multidisciplinar e a existência de um **profissional de referência** em cada atendimento de saúde e social
7. **Fortalecer a liderança em enfermagem no cuidado a estas pessoas**, por ser o profissional que tem formação mais idónea e um posicionamento nos serviços de saúde mais adequado.”

No Plano Nacional de Saúde (2011-2116) o Alto Comissariado da Saúde inclui a ocorrência destas lesões (nº médio de doentes por dia/ano) como um **indicador de avaliação do acesso e qualidade dos cuidados** e a sua monitorização e diminuição, metas a cumprir para a gestão do risco clínico.²

5. PROCEDIMENTO

Sendo actualmente considerado um problema multifactorial a abordagem ao doente em risco/ com ulcera de pressão deve incluir sempre uma avaliação rigorosa e global centrada no 1) **doente e condições/ factores de risco intrínsecos e extrínsecos** para a ocorrência destas lesões e/ou que condicionem a sua cicatrização e concomitantemente uma avaliação fiável das 2) **características da ulcera**, quando presente. Apenas com base nestes parâmetros pode ser elaborado um plano de cuidados individualizado. As 3) **estratégias preventivas** e 4) **estratégias**

terapêuticas a adoptar devem sempre ter em conta os objectivos terapêuticos e expectativas do doente/sistema familiar, bem como os recursos materiais e humanos disponíveis pela instituição. Os procedimentos específicos de cada etapa da abordagem constam em anexo deste documento.

As normas de procedimentos elaboradas, têm por base a literatura científica de referência mais recentes na área. As recomendações enunciadas encontram-se fundamentadas pelo documento de consenso elaborado em 2009 pela *European Pressure Ulcer Advisory Panel* e *National Pressure Ulcer Advisory Panel*: **“Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão – Guia de referência rápida – Prevenção”**:



I – Avaliação do doente e documentação

- 1.1. Inspeção da pele
- 1.2. Avaliação história clínica/ saúde
- 1.3. Aspectos psicossociais

II – Abordagem preventiva e documentação

- 2.1. Determinação do grau de risco
- 2.2. Plano de Prevenção
 - 2.2.1. Reposicionamentos
 - 2.2.2. Superfícies de suporte
 - 2.2.3. Nutrição /hidratação

III – Avaliação da úlcera e evolução cicatricial e documentação

- 3.1. Características da úlcera e evolução cicatricial
 - 3.1.1. Classificação
 - 3.1.2. Diagnóstico diferencial

IV – Abordagem terapêutica e documentação

- 4.1. Plano geral de tratamento
 - 4.1.1. Dor
 - 4.1.2. Nutrição
 - 4.1.3. Superfícies de suporte
- 4.2. Preparação do leito da ferida
 - 4.2.1. Limpeza
 - 4.2.2. Desbridamento
 - 4.2.3. Controlo da infecção
 - 4.2.4. Apósitos
- 4.3. Novas abordagens

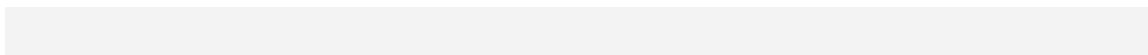
V – Abordagem formativa/educacional e documentação

- 5.1. Formação aos cuidadores
- 5.2. Formação/ educação doentes e cuidadores informais
 - 5.2.1. Prospecto

I

Avaliação do doente e documentação

- 1.1. Inspeção da pele
- 1.2. História de saúde/ clínica
- 1.3. Aspectos Psico-sociais



I - AVALIAÇÃO DO DOENTE

Objectivos

Avaliar e documentar a situação bio-psico-social do doente/ sistema familiar que intervenham no processo de cicatrização.

Definições

A **tolerância tecidular**, ou seja, a capacidade de resposta ao stress causado pelos factores primários das úlceras de pressão (pressão, fricção e forças de cisalhamento) é influenciada por inúmeros outros **factores**. Estes foram calculados em cerca de 126 e estão relacionados com a condição do doente (**intrínsecos**) e outros factores **externos**.

Fisiopatológicos	Tratamentos	Situações
Alterações da pele (edema, desidratação, feridas, cicatrizes e úlceras de pressão previas)	Imunossuppressores (radioterapia, corticoides, citostáticos e antibioterapia prolongada)	Intolerância à actividade Imobilidade
Alteração da oxigenação (doença sanguínea, cardíaca, respiratória e vascular)	Sedativos (benzodiazepinas)	Contenção física Rugas nas roupas
Problemas nutricionais (desnutrição, obesidade, desidratação)	Vasopressores (adrenalina, noradrenalina, dopamina, noradrenalina)	Corpos estranhos na cama
Compromisso imunológico (neoplasias, infecções, sépsis)	Outros: Dispositivos (sondas, cateteres, drenos); ventilação mecânica	Déficé de conhecimentos (doente ou cuidador)
Transtornos neurológicos (déficé sensorial e motor)		Falta de critérios unificados da equipa cuidadora
Alteração do estado de consciência (Confusão e coma)		Cuidados paliativos
Incontinência (urinária e fecal)		

O plano de cuidados dos doentes em risco/ com úlceras de pressão devem incluir a avaliação rigorosa da sua condição, constituindo este passo uma importante chave para o sucesso das estratégias de prevenção e tratamento. ^{1,2}

A avaliação do doente em risco/ com úlceras de pressão deve implicar o julgamento clínico dos seguintes parâmetros: 1) inspecção da pele; 2) avaliação da situação clínica/ historia clínica; 3) aspectos psico - sociais

1.1. INSPECÇÃO DA PELE

- Realizar uma avaliação global de toda a pele, com uma luminosidade adequada, dando particular atenção às **áreas de proeminências ósseas e/ou com colocação de dispositivos médicos**. Verificar:
 - Textura/turgor
 - Temperatura
 - Coloração
 - Consistência (endurecimento/ flutuação)
 - Edema
 - Flictenas, rash,
 - Dor/ prurido / alteração da sensibilidade
 - Úlceras de pressão presentes/ cicatrizadas
- A **observação/ palpação** da pele deverá ser realizada na admissão e repetida:
 - Elevado de risco – 8/8 horas
 - Baixo grau de risco – 24/24 horas
- A inspecção da pele poderá ser realizada em momentos diferentes durante a prestação de cuidados.
- A frequência de re-inspecção da pele deve ser **adequada à condição do doente** (ex: instabilidade hemodinâmica, dispositivos etc)

1.2. HISTORIA DE SAÚDE/ CLINICA

- Valores analíticos (ex: albuminémia, hemoglobina/ hematocrito, glicémia)
- Meios auxiliares de diagnostico
- Tratamento farmacológico

AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO (Ver Abordagem preventiva)

1.3. ASPECTOS PSICO – SOCIAIS

- Identificar os recursos, autonomia funcional e motivação e cognição do doente para participar no plano de cuidados, bem como as expectativas e **objectos terapêuticos** para cada doente.

- Avaliar a situação familiar e identificar o **familiar cuidador**, perceber as suas capacidades, conhecimentos e recursos sociais.

Documentação

- Preencher o instrumento de avaliação inicial do doente
 - **Instrumento de avaliação da pele**
 - Plano de cuidados **CIPE: “vigiar pele”**
- Reavaliar e documentar semanalmente

Referencias

Bergstrom, N. (2005). **Patients at risk for pressure ulcers and evidence-based care for pressure ulcer prevention.** In Bader, D.; Bouten, C.; Colin, D & Oomens, C. (Eds.), *Pressure Ulcer Research. Current and future perspectives*. London: Springer-Verlag.

Collier, M. & Moore, Z. (2006). **Etiology and risk factors.** In M. Romanelli; M. Clark; C. Bouten; D. Colin & C. Oomens (Eds.), *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. London: Springer-Verlag.

II

Avaliação da úlcera e documentação

1.1.Características

1.1.1. Evolução cicatricial

1.2.Classificação

1.3.Diagnostico diferencial

II - AVALIAÇÃO DA ÚLCERA

Objectivos

Acompanhar e documentar as características iniciais da úlcera de pressão e a sua evolução ao longo do tratamento.

Definições

2.1. CARACTERISTICAS DA ÚLCERA

A percentagem de redução da área da úlcera é um indicador importante do sucesso de cicatrização e a redução da percentagem de área inferior a 20-40% nas primeiras suas a três semanas, um indicador fiável da resposta à abordagem terapêutica instituída. A avaliação e documentação precisas da cicatrização são essenciais, de forma a evitar a ambiguidade de juízo clínico, devendo ser utilizado métodos fiáveis e de fácil utilização. ^{1,2}

2.1.1 Evolução cicatricial

Criada pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* a **Pressure Ulcers Scale for Healing (PUSH®)** é uma ferramenta que permite avaliar, de forma qualitativa e quantitativa, a evolução do processo de cicatrização de lesões de pele (incluindo as úlceras de pressão). A escala consiste na categorização de:

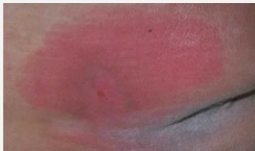

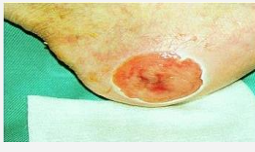

- Área de sua superfície
- Exsudado
- Tipo de tecido

Para cada uma dessas categorias é atribuído um “sub-score” numérico. O “score” total representa de forma objectiva o nível de cicatrização das lesões: 17 (pior grau) até 0 (ferida totalmente cicatrizada). O registo destes valores em forma de gráfico permite obter uma **visão clara da eficácia do tratamento**

Existem actualmente diversos métodos de medição e caracterização das úlceras. A **planimetria** é um método recente, com elevadas taxas de fiabilidade inter-observador. O método por fotografia, apesar de ter que obedecer a um conjunto de procedimentos tem vindo a ser uma prática usual, igualmente fiável e precisa utilização. A sua utilização num programa informatizado de controlo de evolução cicatricial através de uma escala apresenta a sua maior praticabilidade.

2.2. CLASSIFICAÇÃO

A classificação quanto à profundidade do dano tecidual deve igualmente fazer parte dos parâmetros a serem avaliados. Actualmente o **sistema de classificação** de úlceras de pressão mais conhecido foi recentemente revisto no documento de consenso da EPUAP e NPUAP. A classificação destas lesões é um método de determinação da sua severidade. Quanto **mais profunda** a ulcera, **mais extenso o dano** e mais elevado a categoria.

Categoria	Definição	Imagem
I	Eritema não branqueável em pele intacta. Descoloração da pele, calor, edema; endurecimento ou rigidez podem também ser utilizados como indicadores, particularmente em indivíduos com pele escura.	
II	Destruição parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão ou flictena.	
III	Destruição total da pele envolvendo necrose do tecido subcutâneo que pode estender-se até, mas não através da fáscia subjacente.	
IV	Destruição extensa, necrose tecidual; ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de suporte com ou sem destruição total da pele.	

(Fonte: <http://www.puclas.ugent.be/puclas/p/>)

Apesar do sistema de classificação das úlceras de pressão ser considerada uma ferramenta útil, questões se podem colocar, indutoras de dificuldade na classificação das úlceras de pressão:

- O eritema branqueável (região submetida a stress tecidual por pressão) não é ainda no entanto categorizada como uma úlcera de pressão.
- Este não é um sistema hierárquico. **Não se considera a categorização inversa.** Uma úlcera



(Fonte: <http://www.puclas.ugent.be/puclas/p/>)

de grau IV em evolução cicatricial não pode progredir para a categoria III, II ou I. Deve ser designada por **úlceras de grau IV em cicatrização/cicatrizada**.

- A avaliação do eritema não branqueável – I em **doentes de raça negra** pode se encontrar dificultada. As características como a temperatura, endurecimento e flutuação da pele devem ser valorizadas.







- A classificação não pode ser utilizada em **úlceras nas mucosas** (provocadas por dispositivos médicos). Estas lesões devem ser designadas por **úlceras de pressão sem categoria identificada**.

- As úlceras parcialmente ou totalmente cobertas por tecido necrosado/desvitalizado não podem ser categorizadas até a visualização completa do leito da ferida e extensão do dano tecidual. Se se observar o músculo/osso é uma úlcera de categoria 4.

A *European Pressure Ulcer Advisory Panel* dispõe de um programa educacional online <http://www.puclas.ugent.be/puclas/p/> – **PUCLAS**. Este é um programa desenvolvido na Universidade de Ghent- Bélgica que fornece material educativo e um *quiz* de auto-avaliação, disponível na língua portuguesa .

2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Muitas lesões cutâneas podem ser confundidas com úlceras de pressão (ex: pé diabético, úlceras venosas/arteriais/ vasculites/ neoplásicas. Destacam-se no quadro abaixo as que causam maior dificuldade no seu diagnóstico:

	Úlcera de pressão	Lesão por humidade	Lesão combinada	Quebra cutânea <i>Skin tear</i>
				
Factores causais	Pressão/ fricção forças de cisalhamento	Humidade (pele húmida e brilhante), causado por urina, diarreia, sudorese, exsudado da ferida	Pressão e/ou fricção + humidade	Ferida traumática Trauma mecânico (combinação de fricção e cisalhamento)
Localização	Predominante nas áreas de proeminências ósseas Tecidos moles comprimidos por dispositivos médicos	Pode ocorrer junto a uma proeminência óssea (mas a pressão e/ou fricções devem ser excluídas e a humidade deve estar presente). Pregas cutâneas Sulco nadegueiro, com forma linear, vermelhidão e irritação nas nádegas	Lesões em pregas cutâneas em doentes obesos	Predominante nas extremidades do corpo das pessoas idosas
Forma	Lesão limitada a um único ponto e com forma circular ou regular	Lesões difusas, em vários pontos Úlceras gémeas (por decalque)	Formas irregulares	Presença de retalho de pele
Profundidade	Classificadas por categorias consoante extensão de profundidade de dano tecidual	Lesões superficiais, com perda de espessura da pele. (a lesão pode aumentar em extensão e profundidade em presença de infeção)	Perda superficial da epiderme (fragmentos de pele rasgados e retalhados)	Habitualmente superficiais, limitadas à derme
Necrose	Uma placa de necrose seca sobre uma proeminência óssea é uma úlcera de categoria 3 ou 4., conforme a região. (calcâneo – cat.4)	Não há presença de necrose nas lesões por humidade puras		
Margens	Margens bem definidas Úlceras antigas podem ter margens em relevo e espessas	Bordos difusos e irregulares	Margens rasgadas são observadas nas lesões por humidade que foram expostas à fricção	Retalho de pele (totalmente ou parcialmente solto)

Procedimento

Na admissão:

- Proceder a uma **avaliação inicial rigorosa** da úlcera removendo apósitos/produtos (salvo contra-indicação: terapia de vácuo; bota de una);
- Proceder ao **registo fotográfico** da úlcera
 - Obter consentimento informado do doente/família

- Utilizar uma grelha / régua de medição
- Utilizar luminosidade suficiente
- Utilizar o mesmo ângulo (perpendicular) e distância nas avaliações sucessivas
- Fotografar sobre um fundo negro

➤ Avaliar as seguintes **dimensões**:

- Localização anatômica
- Dimensões / Forma
- Categoria
- *Sinus tractus* /tunelizações/ cavitações
- Exsudado
- Infecção
- Pele perilesional
- Margens
- Tecido necrótico/ granulação / epiteliação
- Dor
- Temperatura

➤ Proceder à documentação da avaliação inicial:

- Plano individual de cuidados **CIPE** na intervenção: ***“Vigiar úlcera de pressão”***

Reavaliação

- Reavaliar a úlcera sempre que realizada a mudança de apósito/ produto.
- Detectar complicações/alterações que impliquem a mudança do tratamento

Documentação

➤ Proceder ao registo fotográfico e **documentação semanal** da avaliação cicatricial

- Plano individual de cuidados **CIPE** na intervenção: ***“Vigiar úlcera de pressão”***
- Instrumento **Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH®)**

Referencias

- Flanagan, M. (2008) - **Improving Accuracy of Wound Measurement in Clinical Practice. Ostomy Wound Management.** [Consultado em 19 de Maio 2012]
Disponível em: <http://www.o-wm.com/content/improving-accuracy-wound-measurement-clinical-practice>
- Gouveia, J. (2009) – **Medição de feridas: Porque é importante medir?** [Consultado em 19 de Maio 2012]. Disponível em:
[http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3470:medicao-de-feridas-porque-e-importante-medir&catid=197:](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3470:medicao-de-feridas-porque-e-importante-medir&catid=197)
- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) - **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide.** Washington DC:National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Black, J. [et al.] - **Mucosal Pressure Ulcers An NPUAP Position Statement.** (consultado em 20 Maio de 2012). Disponível em:
http://www.npuap.org/Mucosal_Pressure_Ulcer

III

Abordagem Preventiva e documentação

- 3.1. Avaliação do grau de risco
- 3.2. Alternância dos decúbitos
- 3.3. Superfícies de apoio

3.4. Estado nutricional

III - ABORDAGEM PREVENTIVA

Objectivos

As estratégias preventivas preconizam a elaboração de um plano de cuidados individualizado com vista à manutenção da integridade cutânea dos doentes.

Definições

3.1. AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO

A evidência científica sugere que a utilização de escalas de avaliação de risco em conjugação com o estabelecimento de equipas de cuidados à pele, programas educacionais e protocolos de cuidados podem reduzir a incidência das úlceras de pressão.

A **avaliação do risco** de desenvolvimento de úlceras de pressão é, segundo as mais recentes *guidelines*, da European Pressure Ulcer Advisory Panel e American National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009: 9-11), o **primeiro passo para a sua prevenção**. A utilização da **Escala de Braden** é actualmente recomendada pela Direção-Geral de Saúde no Decreto Regulamentar n.º 017/2011 de 19 de Maio como instrumento de avaliação de risco a ser utilizado em todas as instituições de saúde.

Procedimento

Processa-se segundo a orientação n.º 017/2011 de 19 de Maio da Direcção Geral de Saúde:

- Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em **todos os contextos assistenciais**, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.

- Os instrumentos validados em Portugal para a avaliação do risco no adulto são a **Escala de Braden** e na criança é utilizada a Escala de **Braden Q** e o instrumento de avaliação da pele.
- Os resultados obtidos através da aplicação da Escala devem ser **registados** no processo clínico.
- A **avaliação clínica** complementa, obrigatoriamente, os instrumentos referidos anteriormente.
- Os períodos de **reavaliação do risco** de desenvolvimento de úlceras de pressão, com a utilização da Escala de Braden (versão adulto) e Braden Q (versão pediátrica), devem-se realizar de acordo com a seguinte tabela:

Internamentos Hospitalares	Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos	Cuidados Domiciliários	Doentes que não permaneçam mais de 48 no serviço
48/48 Horas	24/24 Horas	48/48 Horas	Semanalmente	Apenas se existir alguma intercorrência

- Os doentes em que foi aplicada a Escala de Braden devem ser estratificados nas **categorias de baixo e alto risco** de desenvolvimento de úlcera de pressão, de acordo com os critérios de aplicação das escalas

Critérios de aplicação da Escala de Braden e Braden Q,:

- Doentes com idade superior a 18 anos - Escala de Braden;
- Doentes com idades compreendidas entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade - Escala de Braden Q.

Critérios de exclusão da aplicação da Escala de Braden:

- Doentes em situação de assistência ambulatoria ou em qualquer **situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista mudança do estado clínico do doente;**
- Portadores de **doença mental**;
- Portadores de patologia em que esteja **implícito o risco de automutilação**.

Critérios de estratificação do risco:

Através da aplicação da Escala de Braden e Braden Q, os doentes devem ser categorizados em dois níveis de risco, em que o ponto de *cut-off*, será 16 e 22 respetivamente, da seguinte forma:

- **Alto risco no adulto** – valor final ≤ 16 ;
 - **Baixo risco no adulto** – valor final ≥ 17 ;
 - **Alto risco na criança** – valor final < 22
 - **Baixo risco na criança** – valor final ≥ 22 .
 - **Documentação**
-

- Fazer a avaliação do grau de risco, através do preenchimento da Escala de Braden, no **plano individual de cuidados CIPE**. Reavaliar de acordo com a recomendação para cada serviço.

3.2. ALTERNÂNCIA DE DECUBITOS

Se a pressão é considerada o factor de risco de desenvolvimento de UP (isolado ou combinado), então o alívio da pressão é uma estratégia indispensável. Este deve ser realizado através de um regular e correcto reposicionamento do utente, quer na cama quer na cadeira.

Segundo a EPUAP e NPUAP (2009, p.20), “deve considerar-se a mudança de decúbitos (posicionamentos) em todos os indivíduos que se encontrem em risco de desenvolver úlceras de pressão”.

Há várias posições que têm sido recomendadas, incluindo lateralmente com 30° de inclinação. Foi pensada para dissipar a aplicação de pressão e redistribuindo-as das proeminências ósseas em áreas de maior massa de tecido. Outros autores como Humpton (2009), referem também o posicionamento com a posição de 30° de inclinação comumente agora utilizada para evitar o desenvolvimento de úlceras de pressão. Este posicionamento consegue-se colocando uma almofada sob uma nádega, com o objectivo da inclinação da pelve até 30°, tendo em atenção o conforto do utente.

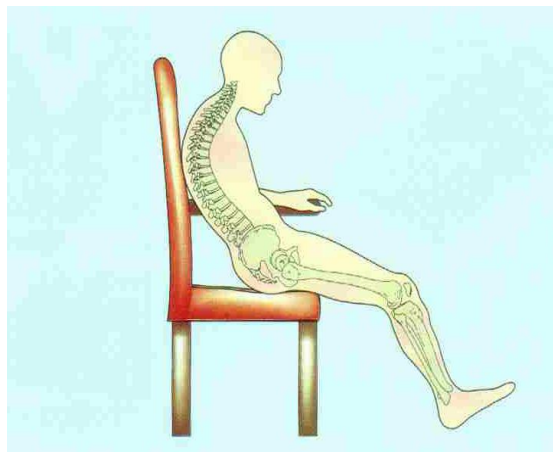


(Fonte: Adaptado de Humpton, 2009)

Relativamente ao posicionamento em decúbito lateral, Wilson (2008, p.100) sugere ainda uma almofada colocada longitudinalmente sob os pés, sendo o resultado desta posição a inexistência de contacto entre os calcanhares e a sacro com a superfície de apoio. Deve-se evitar sempre o contacto entre os calcâneos e a superfície de apoio.

Ousey (2009) cita Knox *et al* (2004), sugere o reposicionamento de duas em duas horas como intervalo máximo para um utente em risco. No entanto, este deve ser avaliado individualmente, existindo utentes que necessitem de posicionamentos mais regulares. Outros autores referem que quando associada uma superfície de alívio ou redução de pressão, o intervalo entre os posicionamentos poderá ser mais espaçado. Gouveia e Miguéns (2009, p.5) mencionam que também as superfícies em que o utente se encontra deitado podem influenciar os tempos de posicionamento, sendo que um estudo verificou que os reposicionamentos de quatro horas resultou numa redução significativa no número de úlceras de pressão e torna o posicionamento um método preventivo fiável em termos de esforço e custo.

Na posição de sentado, a gravidade faz com que a pessoa deslize na cadeira ocorrendo simultaneamente as forças de cisalhamento e fricção que causam o dano tecidual. Das consequências que podem surgir de uma incorrecta posição de sentado, Collins (2002, p.18), indica: que a pelve ao inclinar-se posteriormente faz com que o peso seja atribuído à região sagrada aumentando assim o risco de úlceras de pressão nesse local; as tuberosidades isquiáticas não estão a apoiar o corpo verticalmente, mas sim obliquamente o que aumenta as forças de fricção e cisalhamento; o ângulo dos joelhos e dos tornozelos aumentam e, como resultado, os calcanhares vão estar apoiados mais à frente do corpo aumentando o risco de úlcera de pressão a esse nível; a cabeça descai para a frente, no plano verticalmente paralelo à pélvis causando a flexão da coluna, aumentando, assim, o risco de desenvolver úlcera de pressão nessa região, o que, por sua vez, leva a um aumento da pressão nos órgãos internos podendo causar o seu comprometimento funcional.



(Fonte: Collins, 2002)

Em relação ao tempo indicado para o reposicionamento na cadeira, Gebhardt e Bliss (1994), citados por Collins (2002) referem que os reposicionamentos de duas em duas horas diminuem a incidência de UP.

Nos reposicionamentos, tanto na cama como na cadeira, é importante a individualização, tendo em conta o grau de risco e o *score* atribuído à dimensão mobilidade, sendo possível ajustar um horário mais correcto às necessidades do utente. (Gouveia e Miguéns, 2009).

Segundo Whiteing (2009), os utentes devem ser ensinados a inspeccionar a sua própria pele e também como mobilizar-se na cama e na cadeira, para diminuir os efeitos da pressão, fricção e cisalhamento.

Procedimento

- Realizar alternância de decúbitos (posicionamentos) em todos os indivíduos que se encontrem em risco de desenvolver úlceras de pressão:
 - A alternância de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.
 - O uso da alternância de decúbitos (posicionamentos) como estratégia preventiva deve ter em consideração a condição do doente e as superfícies de apoio em uso.
- A frequência dos posicionamentos será influenciada por variáveis relacionadas com o indivíduo e pelas superfícies de apoio em uso:
 - A frequência dos posicionamentos será determinada pela tolerância dos tecidos, pelo seu nível de actividade e mobilidade, pela sua condição clínica global, pelos objectivos globais do tratamento e pela avaliação da condição individual da pele.
 - Avaliar a pele e conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.
 - A frequência dos posicionamentos será influenciada pelas superfícies de apoio em uso.
- O posicionamento mantém o conforto, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo:
 - Reposicionar o indivíduo de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída.

- Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento).
- Usar ajudas técnicas de transferência para evitar a fricção e torção. Levantar - não arrastar - o indivíduo aquando do reposicionar.
- Evite posicionar o indivíduo em contacto directo com dispositivos médicos tais como tubos e sistemas de drenagem.
- Evite posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável.
- O reposicionamento deve ser feito usando 30º enquanto na posição de semi-Fowler ou na posição de pronação (bruços), e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o indivíduo poder tolerar estas posições e a sua condição clínica o permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30º ou a posição de deitado de lado a 90º, ou a posição de semi-deitado.
- Se a posição de sentado na cama for necessária, evitar elevar a cabeceira da cama e uma posição incorrecta que centre a pressão ao nível do sacro e cóccix.

Reposicionamentos de um indivíduo sentado

- Posicionar o indivíduo de tal forma que possa manter todas as suas actividades por completo:
 - Escolher uma posição que seja tolerada pelo indivíduo e minimizar pressão e a torção exercidas na pele e tecidos moles.
 - Se os pés do indivíduo não chegam ao chão, colocá-los sobre um apoio para os pés.
 - Restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão

Documentação

- Registar o plano dos reposicionamentos, especificamente a frequência, a posição adoptada e a avaliação dos resultados do plano dos reposicionamentos.

3.3. SUPERFÍCIES DE APOIO

Uma superfície de apoio é definida como um dispositivo especializado para a distribuição da pressão de forma a gerir as cargas tecidulares, micro-clima e/ou outras funções. (NPUAP, 2007 citado por Benbow, 2008)

Na escolha do dispositivo, o primeiro critério a considerar deverá ser o nível de risco de cada utente, após a avaliação global do mesmo. A determinação do risco é que deve determinar qual o tipo de material de alívio de pressão necessário para cada utente.

Springle (2000, p. 52), indica nove características importantes a considerar na escolha de uma superfície de apoio:

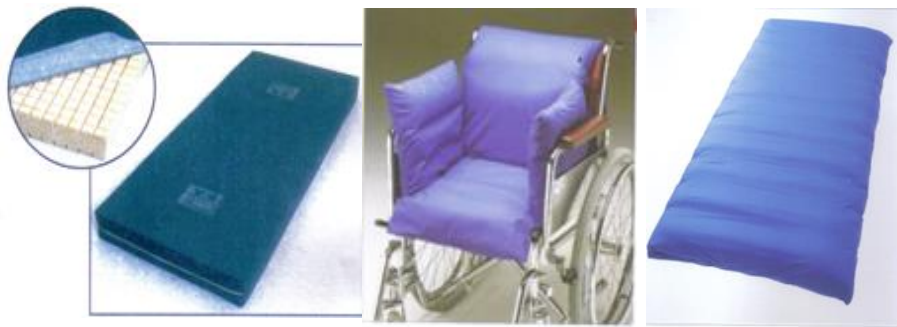
- Controlo da humidade na pele;
- Controlo da temperatura da pele;
- Redistribuição da pressão;
- Redução da fricção;
- Esperança de vida;
- Inflamabilidade;
- Segurança de falhas;
- Controlo da infecção;
- Reputação do produto.

A redistribuição da pressão reduz a magnitude da pressão e forças de deslizamento, as quais podem causar distorção tecidular excessiva e dano dos tecidos moles. Esta redistribuição é influenciada pelas características das superfícies de apoio, propriedade mecânica dos tecidos corporais e distribuição do peso. Assim, é importante ter em atenção a imersão, o envolvimento e o gradiente de pressão destas superfícies.

As superfícies de apoio podem ser categorizadas como sendo de redistribuição de pressão. Benbow (2008) refere a NPUAP (2007) e descreve que as superfícies de apoio podem ser superfícies reactivas ou superfícies activas. As superfícies reactivas incluem todas as superfícies estáticas, dispositivos de baixa pressão, ar-gel em leito fluido e estático. Referindo-se a estes a capacidade da superfície de apoio de redistribuir a pressão por uma grande área, reduzindo assim o contacto do utente e da pressão com a interface. As superfícies activas incluem a pressão alterna e dinâmica

das superfícies, que ciclicamente insufla e desinsufla sobre a superfície do dispositivo resultando em alívio parcial ou completo de pressão por períodos de tempo.

Como superfícies estáticas pode-se enumerar o material para o seu fabrico a água, ar, espumas especiais de poliuretano (espumas de alta densidade e viscoelástica), fibras siliconizadas e silicone em gel.



(Fonte: JMV Produtos Hospitalares)

Como superfícies dinâmicas ou alívio de pressão podem-se nomear os dispositivos eléctricos com enchimento de ar, camas especiais de baixas perdas de ar/baixa pressão e cama de fluxo de ar.



(Fonte: JMV Produtos Hospitalares)

Gouveia *et al* (2008, p. 6) referem, num estudo realizado, que “o material de alívio de pressão constitui uma excelente mais-valia como adjuvante nos cuidados preventivos, sempre associados a um posicionamento e reposicionamentos dos utentes e nunca os substituindo”.

Procedimento

- A prevenção em indivíduos em risco deve ser realizada de forma contínua e pelo tempo em que se mantêm em risco.

- Não basear a selecção da superfície de apoio unicamente no nível de risco percebido ou na categoria da úlcera de pressão. Deve-se ter em consideração o nível de mobilidade do indivíduo, necessidade de controlar o microclima do local e as circunstâncias da prestação de cuidados.
- Avaliar a adequabilidade e funcionalidade das superfícies de apoio em cada contacto com o indivíduo.
- Antes de usar uma superfície de apoio, verificar que ela se encontra dentro do tempo de vida útil de acordo com as indicações específicas recomendados pelo fabricante (ou através de outros testes reconhecidos pela indústria).
- Usar colchões de espuma altamente específica em vez de espumas de padrão standard hospitalar, em todos os indivíduos avaliados como em risco de desenvolver úlceras de pressão.
- Usar uma superfície de apoio dinâmica (colchão ou sobreposição) em indivíduos com alto risco de desenvolver úlceras de pressão quando não é possível o reposicionamento manual frequente.
- Não usar superfícies de apoio de pressão alterna (colchões ou coberturas) com células pequenas (diâmetro inferior a 10cm). Estes não conseguem insuflar ar suficiente, capaz de assegurar o alívio de pressão sobre as células que se encontram desinsufladas.
- O uso de superfícies de redistribuição de pressão deve ser complementado com os procedimentos que constam no documento “Alternância de Decúbitos na Prevenção de Úlceras de Pressão”.
- Usar superfícies de apoio para a prevenção de úlceras de pressão nos calcâneos:
 - Assegurar-se de que os calcâneos se encontram afastados da superfície da cama.
 - Os dispositivos de protecção dos calcâneos devem elevá-los completamente (ausência de carga) de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ficar em ligeira flexão – a hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea que pode predispor a uma trombose venosa profunda.
 - Usar uma almofada debaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos (calcâneos flutuantes).
 - Inspeccionar regularmente a pele dos calcâneos.
- Usar superfícies de apoio para prevenir as úlceras de pressão, enquanto na posição de sentado:

- Usar uma almofada de assento de redistribuição de pressão em indivíduos sentados numa cadeira e que apresentam diminuição da mobilidade e que se encontrem em risco de desenvolver úlceras de pressão.
- Limitar o tempo que o individuo passa sentado numa cadeira sem alívio de pressão.
- Uso de outras superfícies de apoio na prevenção de úlceras de pressão:
 - Evitar o uso de pele de carneiro sintética; dispositivos recortados em forma de anel ou *donut*; e luvas cheias de água.
 - A pele de carneiro natural poderá ajudar a prevenir as úlceras de pressão.

Documentação

- Registrar a frequência de reposicionamento e os decúbitos efectuados pelos doentes (em doentes que por si só não são capazes de se mobilizar) no plano individual de trabalho CIPE

3.4. ESTADO NUTRICIONAL

Ao longo da vida é necessário assegurar uma adequada ingestão alimentar, para prevenir a malnutrição, de acordo com as necessidades individuais da pessoa ou da sua condição de saúde. Com o envelhecimento, os cuidados com a alimentação mudam. O adulto idoso é particularmente propenso a desenvolver úlceras de pressão como resultado de mobilidade diminuída, múltiplas patologias, de uma nutrição pobre e perda de massa muscular.

Procedimento

- Avaliar o estado nutricional do doente
 - Perda de peso corporal significativa: 2kg ou mais num mês; 5% em 30 dias; 10% em 180 dias;
 - Condição e estado de doença: diabetes, demência, desnutrição, doença pulmonar, cancro, doença renal, obesidade;
 - Imobilidade e inactividade: fractura da anca, lesão da espinal medula, trombose;
 - Problemas de mastigação e deglutição: disfagia, trombose, doença de Parkinson, paralisia cerebral;
 - Aporte pobre de fluidos e comida;

- Efeitos adversos da medicação
- Após o rastreio e identificação dos doentes em risco, deve ser realizada uma avaliação nutricional por um nutricionista. A avaliação nutricional é um processo detalhado para quantificar a deficiência do estado nutricional, através da história médica, estado nutricional, terapêutica habitual, exame físico, medidas antropométricas e valores bioquímicos.
- Situações como desidratação, a subnutrição, a desnutrição proteico-calórica, a anemia e a diminuição da albumina são a colmatar.

Referências

EPUAP e NPUAP - *Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão* - Guia de referência rápida – Prevenção [em linha] (2009) [Consult. 17 Abr. 2012].

ORIENTAÇÃO N.º 017/2011 de 19 de Maio – **Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)**. Direção-Geral da Saúde.

COLLINS, F - Use of pressure reducing seats and cushions in a community setting.

British Journal of Community Nursing. ISSN: 1462-4753. Issue 7 (Jan 2002), p. 15-22.

EPUAP e NPUAP - *Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão* - Guia de referência rápida – Prevenção [em linha] (2009) [Consult. 19 Abr. 2012].

GOUVEIA, João; MIGUÉNS, Cristina – IMPRESSÃO: Um instrumento para úlceras de pressão. **Suplemento Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 245 (Maio, 2009), p. 3-5.

HUMPTON, S - Pressure care, part three: managing and treating wounds. **Nursing & Residential Care**. Vol 11, Issue 2 (Feb. 2009), p.65-68.

OUSEY, K - Exploring pressure ulcer prevention. **Journal of Community Nursing**. Nº 23 (May 2009), p. 19-22.

WHITEING, N - Skin assessment of patients at risk of pressure ulcers. **Nursing Standard**. Vol. 24, nº 10 (Nov. 2009), p.40-44.

WILSON, Marie – Repositioning patients to prevent pressure ulcer formation. **Wound Essentials**, 2008. Volume 3. [Consult. 23 Abr. 2012].

BARANOSKI, S.; AYELLO, A. – **O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos**. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-03-8.

EPUAP e NPUAP - **Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão - Guia de referência rápida – Prevenção** [em linha] (2009) [Consult. 19 Abr. 2012].

GOUVEIA, J – O papel da nutrição na cicatrização de feridas [em linha] 2004, actual. 25 Nov. 2008. [Consult. 3 Mai. 2012].

BENBOW, M - Pressure ulcer prevention and pressure-relieving surfaces. **British Journal of Nursing (BJN)**. Issue 17 (2008), p.830-835.

EPUAP e NPUAP - **Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão - Guia de referência rápida – Prevenção** [em linha] (2009) [Consult. 19 Abr. 2012].

GOUVEIA, J. [et al] – O material de alívio de pressão como adjuvante nos cuidados de prevenção de úlceras de pressão. **Suplemento Nursing**. ISSN 0871-6196. Lisboa. Nº233 (Maio, 2008), p.6-9.

SPRIGLE, S - Effects of forces and the selection of support surfaces. **Geriatric Rehabilitation**. ISSN: 0882-7524. Issue 16, (Dez. 2000), p.47-62.

IV

Abordagem Terapêutica e documentação

- 4.1. Plano de tratamento geral do doente
 - 4.1.1. Nutrição
 - 4.1.2. Dor
 - 4.1.3. Superfícies de apoio / alternância de decúbitos
- 4.2. Plano de tratamento local (preparação do leito da ferida)
 - 4.2.1. Limpeza
 - 4.2.2. Desbridamento
 - 4.2.3. Controlo da infecção
 - 4.2.4. Apósitos
- 4.3. Novas abordagens
- 4.4. Cuidados Paliativos
- 4.5. Aspectos Psico-sociais

4. ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Objectivos

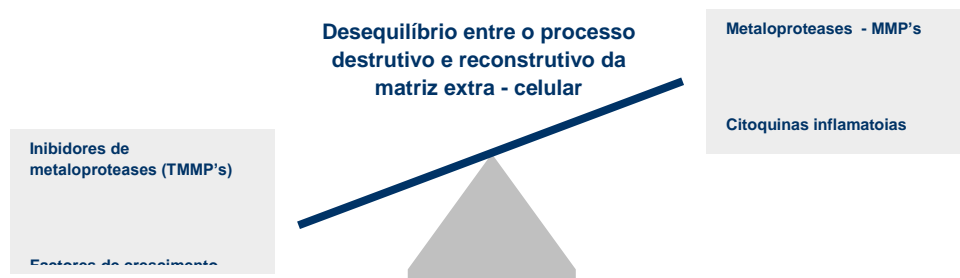
O tratamento de uma úlcera de pressão deve ter por base o plano de cuidados individual do doente, expectativas e objectivos terapêuticos, visando:

- Completo encerramento da úlcera (cicatrização evidenciada pela sua re-epitelização)
- Controle de sintomas (infecção, dor, exsudado)
- Manutenção (limpeza, desbridamento)
- Promoção de conforto (cuidados paliativos)

Definições

Sendo a cicatrização um processo fisiológico dinâmico e interactivo, é indispensável conhecer a sua fisiologia e os factores que podem acelerá-la ou retardá-la para se poder tratar a ferida de forma ideal, segundo os meios e os recursos disponíveis.

As úlceras de pressão foram ao longo dos tempos tradicionalmente designadas por feridas crónicas, actualmente são vistas com **feridas de difícil cicatrização**, devido a um conjunto de factores que contribuem para a estagnação destas feridas na fase inflamatória da cicatrização, à sua contaminação/ infecção recorrente e retorno funcional cutâneo mais tardio. São estes factores: aspectos bio-psico-sociais e alterações bioquímicas / citológicas da própria ferida:



O processo cicatricial das feridas encontra-se alterado relativamente ao processo de cicatrização normal. Uma abordagem adequada permitirá restabelecer este

desequilíbrio. Deve ser efectuado de forma atempada e precoce de forma a permitir uma redução significativa dos custos e acelerar a regeneração da úlcera de pressão. A abordagem terapêutica deve incluir um plano de **tratamento geral**, permitindo a intervenção/ correcção de factores de atraso da cicatrização: factores primários pressão; fricção; forças de cisalhamento; nutrição e dor.

4.1. PLANO DE TRATAMENTO GERAL

4.1.1. Nutrição

Evidências apontam para que o mau estado nutricional, baixo peso e baixo aporte nutricional oral estejam associados ao desenvolvimento de UPs. Um **aporte calórico** e **proteico** é fundamental para anabolismo, síntese de colagénio e enzimas envolvidas no processo de multiplicação celular, tecido conectivo e cicatrização. Alguns estudos apontam para o importante papel dos amino-acidos arginina e glutamina, mas maior nível de evidência é necessária. A **hidratação** é igualmente fundamental, para o transporte de nutrientes e eliminação de detritos. Micronutrientes como a vit. C, zinco e têm sido igualmente associados à melhoria da cicatrização.

Procedimento

- Administrar suplementos nutricionais orais, ou através de sonda de alimentação, com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlceras de pressão, devido a doença aguda ou crónica ou na sequência de uma intervenção cirúrgica.
- A administração dos suplementos alimentares, quer por via oral quer através de sonda de alimentação, deve ser realizada nos intervalos das refeições regulares.

Nível I

- Calcular as necessidades nutricionais.
- Monitorizar a capacidade de auto-alimentar-se; considerar o uso dos “dedos” para comer, utensílios adaptados, programas de realimentação, tempo aumentado ou assistência alimentar.
- Personalizar dietas de acordo com preferências alimentares e sua tolerância; otimizar o ambiente no momento da alimentação individualizando a hora e os modelos das refeições, tanto quanto possível; assegurar boa qualidade e variedade da comida.

- Monitorizar o aporte de comida e líquidos.
- Considerar uma avaliação interdisciplinar da capacidade de mastigar e deglutir.
- Adicionar produtos médicos nutricionais para suplementar o aporte.
- Limitar o uso de dietas líquidas não suplementares ou outras dietas restritivas.
- Reavaliar periodicamente o estado nutricional e a resposta à intervenção nutricional.
- Documentar e reavaliar o plano de cuidados.

Nível II

- Instituir a alimentação por sonda para satisfazer as necessidades nutricionais, se for de encontro aos objectivos globais dos cuidados.
- Prevenir aspiração pulmonar de conteúdo alimentar e outras complicações.
- Monitorizar o aporte nutricional através da contagem de calorias.
- Reavaliar periodicamente o estado nutricional e a resposta às intervenções nutricionais.
- Documentar e reavaliar o plano de cuidados.

4.1.2. Dor

A dor desempenha um papel importante no tratamento de feridas, controlá-la é essencial para o sucesso na cicatrização e melhoria da qualidade de vida do doente. Pode ser dividida em dor nociceptiva (resposta fisiológica normal) e dor neuropática (lesão/ disfunção sistema nervoso). Estudos demonstram que a **mudança do apósito** é o processo mais doloroso referido pelo doente. **Aspectos psicológicos** relacionados com sensação de ansiedade, depressão e medo podem exacerbar a dor do doente. É essencial identificar quais os factores que potenciam a dor, efectuando uma avaliação global do doente a fim de planear intervenções específicas que reduzam a intensidade da dor.



Procedimento

- Efectuar uma **avaliação contínua** da dor dos doentes **relacionada com a úlcera** de pressão ou **tratamento**.
 - Observar os sinais de dor verbais/ não verbais do doente. Utilizar uma **escala da avaliação** da dor validada, de acordo com a condição do doente (Escala analógica; Escala Comportamental; FLACC)
- Reposicionar o doente sempre que possível, de forma a reduzir a intensidade e tempo de pressão, de acordo com a condição do doente (ver Abordagem Preventiva)
- Utilizar um lençol para efectuar a transferência do doente
- Informar e explica ao doente de todos os procedimentos, de forma a reduzir a ansiedade
- Efectuar o tratamento à úlcera de forma suave e evitar manipulações desnecessárias (ver Abordagem terapêutica)
- Ter em conta as alterações do leito da ferida que provocam aumento da dor:
 - Isquémia
 - Infecção
 - Exsudado abundante - maceração
 - Edema
 - Problemas dermatológicos
- Seleccionar o apósito que cause menos dor e que implique menos mudanças:
- Proporcionar controlo da dor farmacológico **antes/ durante e após** a mudança de apósito, de acordo com a situação do doente.
 - Analgesicos
 - Não-opioides para dor ligeira
 - Opioides para dor moderada/severa
 - Anti-depressivos triciclicos e anti-convulsivantes (dor crónica – neuropática)
 - Anestesia local (lidocaína local)

4.1.3. Superfícies de apoio / alternância de decúbitos

As estruturas de redução de pressão maximizam a área de contacto entre a superfície corporal/ superfície e assentam na teoria de que quanto maior a superfície de contacto, maior a distribuição da pressão e sua redução. Os equipamentos de alívio de pressão são estruturas dinâmicas que removem a pressão de uma área localizada da

pele. O **alívio da pressão** (superfícies pressão alterna) / **redução da pressão** (superfícies estáticas) permitem diminuir a intensidade e tempo de pressão nas áreas de úlceras de pressão. As recomendações sobre as características e indicações das superfícies de suporte constam no ANEXO II. Estas devem ser usadas tanto nas estratégias de prevenção como terapêuticas.

Procedimento

- Providenciar a superfície de suporte apropriada para as necessidades individuais do doente com úlcera de pressão, com especial atenção para os doentes que:
 - Não podem ser posicionados sem ser sobre a úlcera
 - Apresentam úlceras em duas ou mais regiões, limitando o reposicionamento
 - Apresentam atraso da cicatrização
 - Em risco de úlceras adicionais
 - “Afundam” na superfície
 - Que necessitam de maior redução da pressão/ fricção/forças de cizalhamento/ controlo de temperatura e humidade
- Verificar a funcionalidade das superfícies de suporte
- Identificar e prevenir potenciais complicações do uso das superfícies de suporte
- Utilizar dispositivos de posicionamento compatíveis com as superfícies de suporte
- Inspeccionar a pele em cada reposicionamento e evitar posicionar os doentes directamente sobre a úlcera / locais com eritemas branqueáveis
- Estabelecer a frequência de reposicionamento baseadas nas características das superfícies de suporte e das características individuais do doente
- Se possível, não elevar a cabeceira acima de 30 graus
- Usar mecanismos de transferência dos doentes que reduzem a fricção e torção
- Não utilizar dispositivos em forma de anel (“sogras”)
- Não aplicar dispositivos de aquecimento directamente sobre as úlceras
- Incentivar e estimular os movimentos activos pelos doentes, de acordo com a tolerância e situação clínica individuais dos doentes.

4.2. PLANO DE TRATAMENTO LOCAL (PREPARAÇÃO DO LEITO DA FERIDA)

Sabe-se actualmente que as úlceras de pressão, sendo feridas de difícil cicatrização, apenas cicatrizarão se o seu meio for ajustado, de forma a encorajar a sua cicatrização. É essencial por isto providenciar a preparação do leito da ferida, um plano de tratamento local que inclua a intervenção nos seguintes parâmetros:

Problemas	Acções
Tecido não viável ou deficiente	Gestão do tecido não viável
Infecção ou inflamação	Controlo da inflamação e infecção
Meio em equilíbrio (humidade)	Controlo do exsudado
Epitelização (bordos que não avançam ou elevados)	Estimulação do epitélio das margens

(Adaptado de EWMA, 2004)

O acrónimo **TIME** foi elaborado com base no trabalho do *International Wound Bed Preparation Advisory Board* e pretende ser um auxílio na optimização do leito da úlcera e na correcção destas complicações. O plano de tratamento local implica:

4.2.1. Limpeza

A limpeza deve ser a primeira fase na abordagem terapêutica de qualquer lesão cutânea. Uma correcta limpeza promove a cicatrização e a redução do risco de infecção, através da remoção de bactérias, tecido necrótico, exsudado e resíduos metabólicos e dos produtos de tratamento do leito da ferida. Uma limpeza regular deve ser executada com o mínimo trauma químico e mecânico para o tecido evitando o atraso na cicatrização. O processo de limpeza envolve a selecção de uma solução de irrigação e medidas mecânicas que permitem a sua distribuição pela úlcera.

Procedimento

- A limpeza deve ser efectuada sempre que é realizada a mudança de apósito/produto.
- Proceder à limpeza de úlceras de pressão e pele peri-lesional utilizando solução salina isotónica 0,9% estéril à temperatura ambiente.

- A solução deve ser irrigada aplicada uma pressão suficiente (pressão ideal de 8 PSI) para proceder à limpeza. Utilizar um “transfer”.
- Não friccionar o leito da ferida com gaze pois provocará dor, dano tecidular e arrastará as bactérias para a lesão, atrasando a cicatrização.
- Secar apenas com gaze a pele peri-lesional para que seja possível a aderência do apósito. O leito da ferida deverá permanecer húmido após a limpeza.
- Ponderar a utilização soluções de limpeza anti-bacterianos em casos de úlceras infectadas.
- Em doentes com múltiplas úlceras de pressão deve se iniciar a limpeza pela que contenha menos tecido não viável.
- Utilizar precauções universais e embalagens de solução salina 0,9% de uso único de forma a reduzir contaminação cruzada.

4.2.2. Desbridamento

O desbridamento é um processo natural que ocorre em todos os processos de regeneração e cicatrização tecidular. No entanto sendo as úlceras de pressão “feridas de difícil cicatrização”, fenómenos fisiopatológicos impedem frequentemente o desenvolvimento deste processo, tornando-se necessário o desbridamento externo.

A presença de tecido não viável no leito da ferida conduz ao atraso do processo de cicatrização, actuando como uma barreira mecânica ao tecido de granulação. Por outro lado, o tecido desvitalizado (amarelo/cinzentos) e necrótico (preto) constituem um meio ideal para proliferação de microorganismos dificultando a correcta avaliação da extensão e profundidade da ferida.

Procedimento

- O desbridamento do tecido não viável no leito da úlcera de pressão e pele peri-lesional deve ser apropriado à condição do doente e objectivos terapêuticos.
- Seleccionar os métodos de desbridamento de acordo com:
 - Situação clínica do doente;
 - Objectivos terapêuticos;
 - Estado da úlcera;
 - Tipo, quantidade e localização do tecido não viável;
 - Condições locais
 - Competência/formação dos profissionais.

Numa infecção local poderão estar presentes os seguintes sinais e microorganismos:

Sinais de infecção da úlcera de pressão mais frequentes	Microorganismos mais frequentemente isolados
Mudança da natureza da dor Crepitação Aumento do volume de exsudado Exsudado purulento Exsudado seroso com inflamação Eritema progressivamente maior Tecido viável que passa a esfacelo Calor nos tecidos circundantes Cicatrização interrompida Aumento do tamanho da ferida Eritema Tecido de granulação friável Mau odor Edema	<i>Proteus mirabilis</i> 53% <i>Staphylococcus aureus</i> 40% <i>Staphylococcus coagulase</i> 33% <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 20% <i>Acinetobacter anitratus</i> 20% <i>Enterokokkus faecalis</i> 18% <i>Escherichia coli</i> 13% <i>Serratia marcescens</i> 7% <i>Enterobacter cloacae</i> 7%

A infecção local da úlcera pode progredir para uma infecção sistémica (celulite, fasciite, osteomielite, síndrome da resposta inflamatória sistémica ou sepsis)

Tanto a colonização crítica como a infecção ocorrem por um desequilíbrio bacteriano. Os microorganismos podem estar dispostas de forma livre ou organizadas sob forma de **biofilme**: comunidade de células microbianas aderidas a uma superfície e revestida de uma substância polimérica extracelular. A sua formação protege-as da fagocitose e da acção dos antibióticos/ antimicrobianos.



Procedimento

- Utilizar as política de controlo de infecção nos doentes com úlceras de pressão
- Proceder à colheita para cultura de microorganismos, **quando a úlcera apresentar sinais de infecção**
 - Biopsia tecidular:
 - Zaragatoa:
 - Limpar a úlcera com solução salina
 - Fazer a cultura em tecido aparentemente viável do leito da úlcera (as superfícies das feridas apenas apresentam organismos colonizados e podem não reflectir uma infecção dos tecidos profundos)
 - Não fazer cultura de exsudado, pus, tecido necrótico ou fibrotico

Rodar o aplicador da zaragatoa esterelizada em 1cm/ 1cm de área durante 5 segundos, de forma a absorver fluidos

Colocar em meio de transporte adequado e enviar para análise (deve ser realizada num espaço de 2 horas)

- Considerar o diagnóstico de infecção em resultados de culturas com uma carga bacteriana > 10⁵ CFU/g de tecido e/ou a presença de *Streptococcus beta hemolyticus*
- Optimizar a capacidade imunológica do doente
- Prevenir a contaminação da úlcera de pressão
- Reduzir a carga bacteriana na úlcera
 - Limpeza e desbridamento (Ver recomendações)
 - Anti-microbianos
 - Utilizar anti-septicos (em úlceras com infectadas/ colonização crítica/que são esperadas não cicatrizar) tendo conhecimento dos seus riscos, reacções adversas e risco de toxicidade
 - Administrar anti-microbianos em úlceras infectadas com multi-organismos
 - Limitar o uso de antibióticos em úlceras infectadas devido a inadequada penetração nas infecções em tecidos profundos, resistência antibiótica, reacções de hipersensibilidade, efeitos irritantes locais com atraso na cicatrização.
 - Administrar antibioterapia sistémica em doentes com evidências clínicas de infecção sistémica
 - Úlceras recentes: flora constituída por cocos Gram + (ex: flucoxacilina; eritromicina se alergia a penicilina)
 - Úlceras crónicas: flora polimicrobiana aeróbia/anaeróbia implica antibioterapia de maior espectro (ex: cefalosporinas de 3ª geração)
 - Drenar abscessos locais

4.3. NOVAS ABORDAGENS (AGENTES BIOFISIOLÓGICOS)

4.4. CUIDADOS PALIATIVOS

Nos doentes com uma doença terminal, o objectivo do tratamento das úlceras de pressão passa essencialmente pela promoção do conforto e bem-estar:

- Controlar a dor causada pela ulcera e tratamento
- Manter a ulcera limpa e protegida
- Evitar técnicas agressivas
- Dar apoio aos cuidadores e familiares
- Valorizar a frequência de alternância de decúbitos

4.5. APOIO PSICOSOCIAL

A ocorrência das úlceras de pressão altera a dinâmica de vida dos doentes/sistema familiar. Deve ser elaborado e implementado um plano de cuidados individualizado, e facilitar o acesso a recursos e apoios disponíveis.

Referências

- Dorner, B.; Thomas, David (2009) – **The role of nutrition in pressure prevention and treatment** - National Pressure Ulcer Advisory White Paper
- Dealey, C. & Lindholm, C. (2006). **Pressure ulcer classification**. In M. Romanelli; M. Clark; C. Bouten; D. Colin & C. Oomens (Eds.), *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. London: Springer-Verlag.
- Falanga, V. (2006) **Pressure ulcers and wound bed preparation**. In M. Romanelli; M. Clark; C. Bouten; D. Colin & C. Oomens (Eds.), *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. London: Springer-Verlag.
- European Wound Manegement Association (EWMA). Position Document: **Wound Bed Preparation Prattice**. London: MEPI Ita, 2004

IV

Educação / formação e documentação

5.1. Formação aos cuidadores

5.2. Formação/ Educação para a saúde aos doentes/ cuidadores informais

APÊNDICE V – CRONOGRAMA DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CRONOGRAMA DO PROJECTO

[illegible]

APÊNDICE VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA OS COLABORADORES

Caros Colegas;

O aparecimento de uma úlcera por pressão é um fenómeno multifactorial com impacto directo no utente e família, aumento do custo e duração do internamento, bem como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente, principalmente dos cuidados de enfermagem (Jorge, 2005).

A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento. O registo e a caracterização das úlceras de pressão são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que permitem estabelecer correctamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes (EPUAP e NPUAP, 2009).

A utilização de um instrumento de avaliação do risco deve fazer parte integrante da avaliação global do doente, deve ser visto como um processo dinâmico, não existindo regras rígidas para a frequência da sua avaliação, pois cada doente tem a sua individualidade. A incorrecta avaliação dos factores e do grau do risco é considerada uma das falhas na prevenção das UP (EPUAP/NPUAP, 2009).

Assim o objectivo primordial deste estudo ao qual solicito a vossa participação, é para efectuar o estudo de validação um instrumento preditivo do risco adequado às características da população neonatal até aos 21 dias de vida, a *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NSRAS), permitindo identificar o doente susceptível de desenvolver úlceras de pressão, sensibilizar os profissionais para o risco, fornecer dados para a avaliação dos cuidados, conferir objectividade aos planos de prevenção e tratamento, otimizar recursos de medidas preventivas e mensurar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Adaptação e Validação da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: Um estudo de pré-validação estatística com recém-nascidos portugueses

Eu, abaixo-assinado _____; Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a validar a aplicabilidade da escala NSRAS e que esta não implica qualquer outro tipo de intervenção que perturbe o bem-estar do recém-nascido. Foi-me garantido que todos os dados relativos á identificação dos colaboradores e participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou a autorizar a participação, conforme o caso ou mesmo interromper a qualquer momento a participação no estudo. Compreendi a informação que me foi dada, tive a oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Assinatura _____

Data _____

APÊNDICE VII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA OS PAIS

Caros Pais;

A pele para além de conferir a protecção do organismo perante o meio externo, permite que interpretemos, através das alterações das características da mesma, alguns dos acontecimentos que se sucedem dentro do seu organismo (Gomella, 2007). A aplicação de dispositivos e os procedimentos invasivos, nos quais a pele é um dos órgãos envolvidos, comprometem a sua integridade pondo em causa a protecção que o tegumento confere ao organismo do recém-nascido. Face a esta realidade, surgiu o interesse de explorarmos esta área usando um instrumento que possa adequar-se a esta população. Pretendemos realizar um estudo que teste uma escala de avaliação de risco da integridade da pele na nossa população com o objectivo de validar a sua aplicabilidade em cuidados neonatais, para que eventualmente funcione como instrumento de avaliação do risco de lesões e orientar na tomada de decisão e de medidas preventivas. O instrumento de pesquisa é a Neonatal Skin Risk Assessment Scale - NSRAS o qual não implica qualquer tipo de intervenção que perturbe o bem-estar do vosso filho. Deste modo gostaríamos de contar com a vossa colaboração, permitindo avaliação da pele do vosso filho através desta escala, durante o internamento, pela equipa de Enfermagem.

Adaptação e Validação da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: Um estudo de pré-validação estatística com recém-nascidos portugueses

Eu, abaixo-assinado _____; na
qualidade de representante legal de

Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a validar a aplicabilidade da escala NSRAS e que esta não implica qualquer outro tipo de intervenção que perturbe o bem-estar do recém-nascido. Sei que neste estudo não está prevista a realização de exames, análises, tratamentos, etc. Foi-me garantido que todos os dados relativos á identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou a autorizar a participação, conforme o caso ou mesmo interromper a qualquer momento a participação no estudo.

Compreendi a informação que me foi dada, tive a oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Nome do participante no estudo _____

Assinatura _____

Data _____

APÊNDICE VIII – DIAPOSITIVOS DO WORKSHOP PARA FORMAÇÃO DOS COLABORADORES

Workshop Formativo e Informativo para Pré-Teste de Adaptação e Validação da Escala Neonatal de Avaliação do Risco de Lesões de Pele (NSRAS)

**4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Pré-Teste para Adaptação e Validação da Escala Neonatal de Avaliação do Risco de Lesões de Pele (NSRAS)

Docentes Orientadoras:

Prof. Maria Teresa Oliveira Marçal
Prof. Maria Alice Curado

Outubro
2013

Discente:

Claudia Olho Azul Martins
Aluno nº4903

Escalas de Avaliação do Risco

Escala de Risco: Instrumento que estabelece uma pontuação, espelhando a probabilidade de risco /predisposição do doente para o desenvolvimento de úlceras de pressão em função de uma série de parâmetros (factores de risco)

Não devem ser usadas isoladamente, sem uma avaliação do doente

Vantagens

- Confere objectividade aos planos de prevenção e tratamento
- Optimização de recursos
- Sensibilizar os profissionais para o risco
- Fornecer dados para a avaliação dos cuidados (resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem)



A incorrecta avaliação dos factores e do grau do risco é considerada uma das falhas na prevenção das UP.

A avaliação do risco deve ser visto como um processo dinâmico, não existindo regras rígidas para a frequência da sua avaliação cada doente tem a sua individualidade.

A avaliação do risco deve fazer parte integrante da avaliação global do doente



I – Prevenir úlceras de pressão evita a dor e desconforto desnecessários e até a morte;

II – Prevenir úlceras de pressão custa menos dinheiro que o seu tratamento;

III – A maioria das úlceras de pressão podem ser prevenidas (95%)

Escalas de Avaliação do Risco

Estudos de validação da Escala de Braden e Braden Q em Portugal

1. Ferreira, Pedro; Miguéns, Cristina; Gouveia, João; Furtado, Kátia. Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden. Lusodidacta. 2007
2. Miguéns C, Ferreira FL. Avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão na população pediátrica: validação da versão portuguesa da Escala de Braden Q. Nursing 2009 Jun;21:12-6



Escalas de Avaliação do Risco

ORIENTAÇÃO
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Erstellung:	Erstellt in Modulen: <i>Erstellt in Modulen: (Standard)</i>
Modifizieren:	Erstellt in Modulen: <i>Erstellt in Modulen: (Standard)</i>
Drucken:	Erstellt in Modulen: <i>Erstellt in Modulen: (Standard)</i>

Downloaded from <http://www.sagepub.com> at 01:00 11 September 2009

Este trabalho de licenciatura foi desenvolvido no âmbito do curso de licenciatura em Engenharia de Software, da Universidade do Algarve, sob a orientação do professor Doutor António Augusto Gomes.

1) *Indipendentemente* si è stabilito che non è necessario che il verbo *giudicare* sia diretto, in tutti o almeno in alcuni casi, all'attribuzione di: *giudicare* dire è sinonimo di *condannare* ed anche di *giudicare* con giudizio, con giudizio di bene o di male.

1) In aggiunta al ruolo di leader in quanto capo del nucleo familiare e presso una comunità.

1) \mathcal{H} est un espace vectoriel réel de dimension finie n et \mathcal{H}^* est son dual. On suppose que \mathcal{H} est muni d'une base orthonormale $(e_i)_{1 \leq i \leq n}$ et que \mathcal{H}^* est muni d'une base orthonormale $(e_i^*)_{1 \leq i \leq n}$. On suppose également que \mathcal{H} est muni d'une structure de \mathbb{C} -espace vectoriel et que \mathcal{H}^* est muni d'une structure de \mathbb{C} -espace vectoriel.

1. *Il reddito netto che si è già già deciso deve essere ripartito in parti che*

© 2005 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 258: 103–110

Variable	Group 1	Group 2	Value	Significance level
Age	18-25	26-35	0.05	0.05
Gender	Male	Female	0.05	0.05
Education	High school	College	0.05	0.05
Income	Low	High	0.05	0.05
Occupation	Unemployed	Employed	0.05	0.05
Health	Good	Poor	0.05	0.05
Marital status	Single	Married	0.05	0.05
Religion	Christian	Muslim	0.05	0.05
Political affiliation	Democrat	Republican	0.05	0.05
Residence	Urban	Rural	0.05	0.05
Travel history	Yes	No	0.05	0.05
Travel frequency	Weekly	Monthly	0.05	0.05
Travel duration	Short	Long	0.05	0.05
Travel purpose	Business	Leisure	0.05	0.05
Travel mode	Car	Plane	0.05	0.05
Travel companion	Alone	With family	0.05	0.05
Travel destination	Domestic	International	0.05	0.05
Travel season	Summer	Winter	0.05	0.05
Travel time of day	Daytime	Nighttime	0.05	0.05
Travel safety	Safe	Unsafe	0.05	0.05
Travel satisfaction	Satisfied	Dissatisfied	0.05	0.05
Travel recommendation	Yes	No	0.05	0.05
Travel frequency	Weekly	Monthly	0.05	0.05
Travel duration	Short	Long	0.05	0.05
Travel purpose	Business	Leisure	0.05	0.05
Travel mode	Car	Plane	0.05	0.05
Travel companion	Alone	With family	0.05	0.05
Travel destination	Domestic	International	0.05	0.05
Travel season	Summer	Winter	0.05	0.05
Travel time of day	Daytime	Nighttime	0.05	0.05
Travel safety	Safe	Unsafe	0.05	0.05
Travel satisfaction	Satisfied	Dissatisfied	0.05	0.05
Travel recommendation	Yes	No	0.05	0.05

Variable	Unit	Variable	Unit	Variable	Unit
...

2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

4. Insieme ai gruppi di lavoro si è creato un gruppo di lavoro per la valutazione dei risultati.

8. *Il presente regolamento dovrà essere approvato dal Consiglio di Amministrazione della società di cui è parte l'Ente, e dovrà essere depositato presso la Consob, ai sensi dell'art. 2359 del Codice di Commercio.*

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 105–112

10. Quando un'azienda pubblica un bilancio, il suo valore di mercato tende a diminuire. (vero/falso)

Copyright © 2009 John Wiley & Sons, Ltd.

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro, emite-se a Orientação seguinte:

1. Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.

CRTÉRROS

1. São critérios de aplicação da Escala de Braden e Braden Q:
- Doentes com idade superior a 18 anos - Escala de Braden;
 - Doentes com idades compreendidas entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade - Escala de Braden Q.

PRINCÍPIO DA SAÚDE | Almeida D. Oliveira (Belo Horizonte, MG) | 0000-0001-7636-1000 | E-mail: gis@principio.org.br | www.principio.org.br
 - Este documento foi produzido em colaboração com o Conselho Científico -

Para a população dos 0 aos 21 dias de vida
Inexistência de Escala de Avaliação de Risco

Escala de Avaliação do Risco

Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)

A **NSRAS** foi desenvolvida nos Estados Unidos, em 1997, por Barbara Huffines e Cynthia Logsdon, foi baseada na escala de Braden para a população adulta, mas utilizando os fatores de risco específicos para o desenvolvimento de úlceras de pressão em neonatos



Escala de Avaliação do Risco

Neonatal Skin Risk Assessment Scale

General Physical Condition	4. Gestational age < 28 weeks	3. Gestational age > 28 weeks but < 33 weeks	2. Gestational age > 33 weeks but < 36 weeks	1. Gestational age > 36 weeks to postterm	Score
Mental Status	1. Completely limited Unresponsive (does not flinch, grasp, moan, increase blood pressure, or heart rate) to painful stimuli due to diminished level of consciousness or sedation.	1. Very limited Responds only to painful stimuli (flinches, grunts, moans, increased blood pressure or heart rate).	1. Slightly limited Lethargic.	1. No impairment Alert and active.	
Mobility	1. Completely immobile Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance (e.g., Praxider).	1. Very limited Makes occasional slight changes in body or extremity but unable to make frequent changes independently.	1. Slightly limited Makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	1. No limitations Makes major and frequent changes in position without assistance (e.g., turn head).	
Activity	1. Completely bed-bound In a radiant warmer with a clear plastic "saran" tent.	1. Limited bed bound In a radiant warmer without a clear plastic "saran" tent.	1. Slightly limited In a double-walled isolette.	1. Unlimited In an open crib.	
Nutrition	1. Very poor NPO on intravenous fluids.	1. Inadequate Receives less than optimum amount of liquid diet for growth (formula/ breast milk) and supplemented with intravenous fluids.	1. Adequate Is on tube feedings which meet nutritional needs for growth.	1. Excellent Bottle/ breastfeeds every meal which meets nutritional needs for growth.	
Moisture	1. Constantly moist Skin is moist during every time infant is moved or turned.	1. Moist Skin is often but not always moist during; linen must be changed at least once a shift.	1. Occasionally moist Skin is occasionally moist during. Requiring an extra linen change approximately once a day.	1. Rarely moist Skin is usually dry, linen requires changing only every 24 hours.	

Escala de Avaliação do Risco



A escala original percorreu as várias etapas científicas imprescindíveis à sua utilização para a população portuguesa

Fases de Tradução	Elaboração	Versões
1ª Fase Tradução	<ul style="list-style-type: none"> «Tradutor A – Português, bilingue e tradutor oficial, com conhecimentos na área de estudo – Versão 1 «Tradutor B – Português, bilingue e com conhecimentos do estudo e na área de saúde – Versão 2 «Análise das versões 1 e 2 dos tradutores e ajuste do instrumento 	1ª Versão
2ª Fase Comité de Juizes	<ul style="list-style-type: none"> «Submissão a uma comissão de peritos: diversos especialistas da cultura da população alvo / Peritos nos constructos da escala (equivalência do item – idiomática / equivalência conceptual / equivalência semântica) (ELCOS – Sociedade de Peritos) 	2ª Versão
3ª Fase – Pré teste e reflexão falada	<ul style="list-style-type: none"> «Aplicação a um grupo com características semelhantes à população em estudo (equivalência operacional) – Formato e aparência visual, compreensão das instruções, compreensão dos itens, adesão aos conteúdos «Registo de alterações 	Versão Final

Escala de Avaliação do Risco

ESCALA NEONATAL DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÕES DE PELE (NSRAS)



Esta escala de avaliação do risco em Neonatologia é constituída por seis itens: **Condição Física Geral** (idade gestacional), **Estado Mental**, **Mobilidade**, **Atividade**, **Nutrição** e **Humidade**.

Cada um deles com uma escala de medida do tipo Likert com 4 pontos. Os “scores” (somatório) dos itens variam entre 6 e 24 pontos, sendo o “score” mais baixo representativo de baixo risco, e o “score” mais elevado representativo de risco alto.

Escala de Avaliação do Risco

ESCALA NEONATAL DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÕES DE PELE (NSRAS)

A de recolha de dados irá decorrer no período de três meses, durante **Outubro, Novembro e Dezembro** de 2013, salvo alguma intercorrência



Escala de Avaliação do Risco

ESCALA NEONATAL DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÕES DE PELE (NSRAS)



PARTICIPANTES

A população escolhida para a realização deste estudo serão recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia, com idade gestacional compreendida entre as 28 semanas e as 40 semanas de gestação e os recém-nascidos até aos 21 dias de vida, seleccionados aleatoriamente, desde a sua admissão até ao momento da alta.



EXCLUÍDOS

Serão motivo de exclusão do estudo, todos os recém-nascidos que na altura da admissão padeçam de alguma lesão cutânea, ou que sejam portadores de alguma patologia genética dermatológica.

Escala de Avaliação do Risco

ESCALA NEONATAL DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÕES DE PELE (NSRAS)

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

As autoras pré definiram as variáveis que caracterizavam a população pois poderiam ter influência na análise final do estudo. Para que este estudo seja o mais fidedigno possível, irão ser utilizadas as mesmas variáveis no decurso do presente estudo, sendo elas:



- ☐ Idade
- ☐ Sexo
- ☐ Etnia
- ☐ Idade Gestacional á nascença
- ☐ Peso
- ☐ Diagnóstico



Escala de Avaliação do Risco

ESCALA NEONATAL DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÕES DE PELE (NSRAS)

METODOLOGIA

Dois colaboradores aplicarão a escala aos mesmos recém-nascidos durante o período de tempo recomendado, desde a admissão até ao momento da alta, excepto se o internamento se prolongue por mais de dois meses.



A escala deve ser aplicada **diariamente**, nos **primeiros sete dias consecutivos** á admissão da criança (turno da manhã), seguida de uma **avaliação semanal até ao 2º mês**, ou até ao momento da alta se esta se efectuar antes do 2º mês de internamento.



Escala de Avaliação do Risco

ESCALA NEONATAL DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÕES DE PELE (NSRAS)

REGISTOS

- ❖ Existirá um dossier na unidade que irá conter as folhas de avaliação da escala
- ❖ Cada folha de registo diário de ambos os colaboradores deve ser arquivada no processo de cada participante no estudo
- ❖ As folhas de avaliação devem estar devidamente identificadas com a vinheta e data da avaliação
- ❖ Além da avaliação em papel, deverá ser registado informaticamente a realização do procedimento (**Vigiar a Pele**)



Escala de Avaliação do Risco

ESCALA NEONATAL DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÕES DE PELE (NSRAS)

REGISTOS

Vigiar a pele

Data de Registo: 2013-10-01 Hora: 12:00

Caracterização

Coloração da pele: Coradas

Hidratação da pele: Hidratadas

Integridade: Inteira

Observações:

Realizada avaliação do risco de úlcera de pressão – 12 pontos

Coloração da pele: Coradas, Hidratação da pele: Hidratadas, Integridade: Inteira

Escala de Avaliação do Risco

ESCALA NEONATAL DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÕES DE PELE (NSRAS)

RESTANTE PERCURSO

- ✓ Aplicação em campo da escala (pré-teste)
- ✓ Análise estatística dos dados recolhidos
- ✓ Elaboração de um artigo científico
- ✓ Discussão do projecto



APÊNDICE IX – POSTER APRESENTADO NO 1º ENCONTRO DE
ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DE LISBOA

AValiação DO RISCO DE ÚlcERA DE PRESSÃO NO RECÉM-NASCIDO:

PRÉ-TESTE PARA VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO

Autores: Cláudia Olho Azul¹/Teresa Oliveira Marçal²/Maria Alice Curado²/Joana Guimarães³/Luísa Rodrigues³/Sofia Ramos³

¹Enfermeira da Unidade de Neonatologia do HPP Hospital de Cascais - Estudante do IV Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria

²Professora Coordenadora ESEL

³Enfermeiras da Unidade de Neonatologia do HPP Hospital de Cascais

Úlcera de Pressão:

QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA ACTUAL

- Graves repercussões sócio-económicas
- Indicador da qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente Equipa Multidisciplinar
- Fenómeno multifactorial
- Prevenção da Úlcera de Pressão - um direito humano

(Organização Mundial de Saúde, 2009)

Úlcera de Pressão:

AValiação DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO

- Escala de Braden (> 18 anos)
- Escala de Braden Q (21 dias a 18 anos)

0 aos 21 dias de vida?

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

Inexistência de um
Instrumento de
Avaliação do Risco

Especificidades e
Fragilidades da pele
do Recém-Nascido

A Pele, Interface
para a Prática de
Cuidados

Padrões de Quali-
dade dos Cuidados
de Enfermagem

Resultados Sensíveis
aos Cuidados de
Enfermagem

REVISÃO DA LITERATURA PARA ESCOLHA DA ESCALA

Neonatal Skin Risk Assessment Scale - EUA

Componente	1. Escala de Risco de Úlcera de Pressão (NRS)	2. Escala de Risco de Úlcera de Pressão (NRS)	3. Escala de Risco de Úlcera de Pressão (NRS)	4. Escala de Risco de Úlcera de Pressão (NRS)
Identificação	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)
Identificação	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)
Identificação	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)
Identificação	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)
Identificação	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)

© Williams & Wilkins, 2002

Fases de Elaboração do Projecto

- 1ª Fase: Tradução
 - Tradutor A - Português, bilingue e tradutor oficial, com conhecimentos na área do estudo - Versão 1
 - Tradutor B - Português, bilingue e com conhecimentos do estudo e na área de saúde - Versão 2
 - Análise das versões 1 e 2 dos tradutores e ajuste do instrumento
- 2ª Fase: Retorno ao autor para validação do significado de cada item (equivalência semântica)
- 3ª Fase: Análise de desvios e ajuste do instrumento
- 4ª Fase: Aplicação a um grupo com características semelhantes à população em estudo (equivalência operacional) - Formato e aparência visual, compreensão das instruções, compreensão dos itens, adequação aos contextos (Em curso)
- 5ª Fase: Análise e tratamento de dados (SPSS)
- 6ª Fase: Registo de alterações
- 7ª Fase: Elaboração de um artigo de corte científico

Escala Neonatal de Avaliação de Risco de Lesões de Pele-Portugal

Componente	1. Escala de Risco de Úlcera de Pressão (NRS)	2. Escala de Risco de Úlcera de Pressão (NRS)	3. Escala de Risco de Úlcera de Pressão (NRS)	4. Escala de Risco de Úlcera de Pressão (NRS)
Identificação	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)
Identificação	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)
Identificação	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)
Identificação	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)
Identificação	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)	Identificação do risco de úlcera de pressão (NRS)

Nota: 1. Identificação; 2. Escala de Risco de Úlcera de Pressão; 3. Escala de Risco de Úlcera de Pressão; 4. Escala de Risco de Úlcera de Pressão; 5. Escala de Risco de Úlcera de Pressão

Se pretensão: 13. Indicar padrão de cuidados para RIL em risco de lesões de pele.

Referências Bibliográficas:

Direção-Geral da Saúde (2011). Escala de Braden-Modificada Adulta e Pediátrica (Braden Q). Acetado em 23 de Maio 2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ligados/membros/10158002.pdf?filetype=pdf>.
 Johnson, M. L. (2004). Prevenção e Tratamento de Úlcera de pressão. *Leões, Lousã, Lda*.
 Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especializado em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Organização Mundial de Saúde (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10ª Revisão. Disponível em: www.who.int/classifications/apps/whodot/donline/. Consultado a 28 de Maio 2013

APÊNDICE X – ARTIGO CIENTÍFICO: “ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE OBSERVAÇÃO DO RISCO DE LESÃO DA PELE EM NEONATOS: UM ESTUDO DE PRÉ-VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA COM RECÉM-NASCIDOS PORTUGUESES”

Adaptação e Validação da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: Um estudo de pré-validação estatística com recém-nascidos portugueses

Adaptation and Validation of the Observation Scale of Skin Injury Risk in Newborns: A statistical study of pre-validation with Portuguese newborns

Cláudia Olho Azul¹; Maria Alice Curado²; Teresa Oliveira Marçal²

RESUMO

Introdução: A pele do recém-nascido pré-termo é caracterizada como delicada, fina e frágil. Se conjugarmos estas fragilidades com a imaturidade dos sistemas e com a necessidade da utilização de dispositivos médicos, muitas vezes imprescindíveis para a sobrevivência desta população, ficando incondicionalmente predisposta ao aparecimento de lesões, responsáveis por co morbilidades e atraso no desenvolvimento infantil. O cuidado dedicado à pele do pré-termo denota a valorização, pela equipa multidisciplinar, nos detalhes inerentes aos cuidados prestados e é uma prática desafiadora, responsável por repercussões positivas nos sistemas dos prematuros, ou seja, pela promoção da qualidade de vida (Martins, 2008).

Objetivos: fazer a adaptação cultural e linguística e a pré-validação estatística da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele do Neonato (NSRAS) (Huffines & Lodgson, 1997).

Metodologia: Estudo de validação da escala NSRAS, composta por 6 itens e sua modificação para a Escala de Avaliação do Risco de Lesão da Pele do Neonato com 5 itens. A sensibilidade dos itens foi avaliada através dos coeficientes de assimetria (Sk) e achatamento (Ku) e a fiabilidade com o α de Cronbach estandardizado. A validade fatorial do modelo foi avaliada com uma análise fatorial confirmatória usando-se como índices de qualidade do ajustamento (χ^2/df , CFI, TLI, RMSEA, P (RMSEA \leq 0.05)). Foram realizadas observações.

Resultados: Num primeiro ajustamento do modelo a validade fatorial apresentava valores elevados da qualidade de ajustamento. Assim, irá proceder-se ao refinamento do modelo com uma amostra de maior dimensão e maior diversidade de idades gestacionais, aquando do teste final de validação do instrumento.

Conclusões: Perante o resultado de ajustamento do modelo, propomos uma versão modificada da NSRAS, a qual irá sofrer uma revisão com uma amostra de maior dimensão pois consideramos que a escala apresenta adequada validade fatorial e fiabilidade, demonstrando ser um instrumento sensível, válido e fiável passível de ser utilizado na avaliação do risco de lesões de pele no neonato.

¹ Enfermeira da Unidade de Neonatologia do HPP Hospital de Cascais – Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

² Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ESEL

Palavras-Chave: Escalas; validade fatorial; lesão da pele; criança-prematura

ABSTRACT

Introduction: The skin of newborn infants is characterized as delicate, thin and fragile. If we combine these weaknesses with the immaturity of systems and the need to use often indispensable to the survival of this population medical devices, this one is unconditionally predisposed to the development of lesions, responsible for co morbidities and delayed child development. The care devoted to the skin of preterm denotes the valuation, the multidisciplinary team, and the details relating to care and is a challenging practice, responsible for positive impact on systems of premature infants and in the promotion of quality of life (Martins, 2008).

Objective: To make the cultural and linguistic adaptation and validation of statistical pre - Observation Scale Risk of Injury Skin Neonate (NSRAS) (Huffines & Logsdon, 1997).

Methodology: A validation study of NSRAS scale, consisting of 6 items and their modification to Scale Risk Assessment of Skin Lesion Newborn with 5 items. The sensitivity of the items was evaluated using the coefficients of skewness (Sk) and flattening (Ku) and reliability with standardized Cronbach α . The factorial validity of the model was evaluated with confirmatory factor analysis using as indices of goodness of fit (χ^2/df , CFI, TLI, RMSEA, P (RMSEA \leq 0,05)). Observations were made.

Results: In the first model fitting the factorial validity elevated levels of quality adjustment. So, we will proceed to the refinement of the model with a larger sample size and greater diversity of gestational ages.

Conclusions: Given the result of the adjustment model, we propose a modified version NSRAS, which will be revised with a larger sample size, because we believe that the scale has adequate reliability and factorial validity, proving to be a feasible sensitive, valid and reliable tool to be used in assessing the risk of skin lesions in newborns.

Key-words: factorial validity; skin lesion; premature child

INTRODUÇÃO

A pele é o órgão com maior dimensão, representa 16% do peso corporal e está anatomicamente estratificada em três camadas distintas, interdependentes, mas que, funcionalmente, estão estreitamente relacionadas (Barata, 2002). Sendo elas a epiderme, a derme e a hipoderme ou tecido celular subcutâneo. A primeira é formada por epitélio pavimentoso estratificado, a segunda por tecido conjuntivo denso e a terceira, em geral, por tecido celular subcutâneo, que forma a hipoderme, rica em tecido adiposo depositado no feto durante o último trimestre de gestação (Barel, 2009).

O seu desenvolvimento começa *in útero* durante o primeiro trimestre de gestação sendo que a formação da epiderme se inicia entre a quarta e a sexta semana, prolongando-se até ao final da gestação. Por volta da 22ª ou da 24ª semana gestacional inicia-se, então, a diferenciação dos queratinócitos no estrato córneo, já formado por duas a três camadas de células por ocasião da 28ª semana gestacional. A camada córnea evolui para as 15 camadas por volta da 32ª semana, assemelhando-se à do adulto quando da nascença (Leite, 2008; Barata, 2002).

A pele como órgão protetor tem como funções fundamentais, proteger contra a perda de água, absorção de substâncias nocivas, invasões de micro-organismos e trauma físico (Blume-Peytavi, et al., 2011). Atua também como barreira protetora contra agentes do meio ambiente como bactérias ou vírus, sendo também responsável por funções essenciais como a termorregulação ou as funções sensoriais (tato, pressão, frio, calor, dor...).

As funções da pele atingem o ponto maturativo entre duas a quatro semanas de vida após o nascimento, podendo ser prolongadas até oito semanas no caso dos pré-termos extremos, ou seja, com idade gestacional inferior a 30 semanas (Martins, 2009).

A pele das crianças prematuras é, como vimos, morfológica e funcionalmente diferente da pele de adultos, durante os primeiros dias de vida o recém-nascido fica submetido a vários processos de adaptação necessários para a transposição do ambiente intra-uterino molhado para o ambiente exterior seco (Blume-Peytavi et al., 2011), no entanto poderão ocorrer limitações neste processo de adaptação de acordo com a idade gestacional (Martins, 2009).

Assim, as primeiras semanas de vida são críticas para os recém-nascidos, daí que os profissionais que lhe prestam cuidados devam estar despidos para o equilíbrio hidroelectrolítico para a termorregulação, bem como para a proteção do recém-nascido contra

agentes patogênicos através do uso da assepsia, substituindo-o nas funções com maior imaturidade.

A especificidade da prática de enfermagem em unidades de neonatologia exige profissionais bem preparados para a identificação rápida dos problemas e para a realização eficaz das intervenções necessárias. Nesse sentido, um dos aspectos que também deve ser considerado, é a utilização de substâncias aplicadas diretamente na pele do recém-nascido. Qualquer substância aplicada na pele de um recém-nascido especialmente se for pré-termo, é suscetível de ser absorvida, assim e de acordo com o que consta nos Consensos Nacionais em Neonatologia (2004), deverão ser usados produtos com baixa toxicidade. Deve-se proceder à limpeza da pele com soro fisiológico ou água esterilizada para remoção das substâncias assépticas, após os procedimentos, evitando queimaduras e/ou descamação (AWHONN, 2007). Também o uso de adesivos aplicados diretamente à pele para fixação de dispositivos médicos, deve merecer especial atenção, pois pode contribuir para o aparecimento de micro e macrolesões cutâneas. Nesse contexto deverão ser instituídas medidas preventivas, para evitar os diversos agentes enumerados como potenciadores de lesões.

Como descrito, as fragilidades e especificidades da pele do recém-nascido funcionam como fatores de pré-disposição ao risco do aparecimento de lesões cutâneas, nomeadamente de úlceras de pressão, as quais poderão ser consideradas de alto risco se a criança nascer prematura. A imaturidade da criança associada à instabilidade do seu estado de saúde diminui a tolerância da pele e das estruturas de suporte ao risco de lesão, e consequentemente funcionam como um veículo promotor do desenvolvimento de úlceras de pressão (Fujii, 2010).

Os fatores de risco mais frequentes, relacionados com o desenvolvimento de úlcera de pressão em neonatos, são a imobilidade, a presença da força de fricção e cisalhamento, a desnutrição, a perfusão tecidual e a oxigenação inadequados, e a presença de dispositivos médicos indispensáveis para a sua sobrevivência (Sanada, 2008; Irving, 2011).

A úlcera de pressão é uma lesão localizada geralmente sobre uma proeminência óssea, constituindo uma área danificada na pele ou em estruturas subjacentes, devido a mecanismos de pressão, fricção e/ou combinações entre ambas (EPUAP e NPUAP, 2009). Trata-se de uma temática cada vez mais enunciada na área da saúde, pela complexidade envolvente, mas, sobretudo pelas consequências e efeitos colaterais que dela advêm como, a infeção, a alteração da imagem corporal, o aumento do tempo de internamento, o sofrimento/dor e o incremento no custo do tratamento (DGS, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) olha a sua prevenção como um direito humano, pelo que, tem vindo a incentivar o uso de mecanismos de avaliação e prevenção das úlceras de pressão, utilizando as taxas de incidência e de prevalência das úlceras de pressão como um dos indicadores para determinar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A promoção da integridade cutânea requer avaliação dos fatores de risco para essa população. Estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. O conhecimento da etiologia e dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão é a chave para o sucesso das estratégias de prevenção (EPUAP e NPUAP, 2009). Instrumentos específicos, validados para deteção do risco de a criança desenvolver úlceras de pressão, auxiliam o julgamento clínico e a veemência das medidas preventivas (Ferreira, 2007).

Devido às escassas evidências do conhecimento sobre úlceras de pressão no período neonatal, destaca-se nesse sentido, o uso do protocolo de prevenção através da predição do grau de risco (Fernandes, 2008).

Deste modo, validar um instrumento preditivo do risco adequado às características da população neonatal até aos 21 dias de vida, permite identificar o doente suscetível de desenvolver úlceras de pressão, sensibilizar os profissionais para esse risco, fornecer dados para a avaliação dos cuidados, conferir objetividade aos planos de prevenção e tratamento, otimizar recursos de medidas preventivas e mensurar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A prevenção das úlceras de pressão tem o seu início com uma avaliação da cuidadosa da condição da pele e a identificação de fatores de risco, reconhecendo e protegendo os doentes em risco de as desenvolver. Para se realizar uma avaliação deve-se recorrer a instrumentos de medição apropriados. Atualmente estão validadas e homologadas pela Direção Geral de Saúde, duas escalas, uma delas validada para a população adulta portuguesa — a escala de Braden — que tem como idade mínima os 18 anos (Furtado et al., 2007), e outra para a população pediátrica a Braden Q, adequada e validada para crianças com idade compreendida entre os 21 dias de vida e os 18 anos, ficando a população neonatal (0 aos 21 dias) desprotegida face à utilização de instrumentos para a avaliação do risco.

Este trabalho teve como objetivo fazer a adaptação cultural e linguística e a pré-validação estatística da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele do Neonato (*Neonatal Skin Risk*

Assessment Scale - NSRAS). Assim, foi avaliada a validade fatorial e a fiabilidade da NSRAS quando aplicada a um grupo de recém-nascidos portugueses.

MÉTODO

A tradução e adaptação da escala para o contexto cultural português foram autorizadas pelas autoras Barbara Huffines e Cynthia Logsdon. O início da validação começa assim com o pré-teste de validade e reprodutibilidade, realizado na Unidade de Neonatologia do HPP Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida. O estudo de pré-validação da escala NSRAS foi aprovado pelo Concelho de Administração do HPP Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, pelos colaboradores em campo e pelos tutores legais das crianças sob estudo.

Participantes

Os participantes no estudo foram selecionados por amostragem não aleatória casual ou conveniente (Marôco, 2010a). Foram incluídos no estudo todos os recém-nascidos com idade gestacional compreendida entre as 27 e as 41 semanas que estiveram internados na Unidade de Neonatologia; sendo excluídos do estudo todos os recém-nascidos que no momento da admissão padecessem de alguma lesão cutânea, ou que fossem portadores de patologia genética dermatológica.

A amostra foi constituída por cinquenta e sete participantes (n=57), o que dá uma aproximação de um rácio preconizado para este tipo de análise (rácio de 10:1 - participantes por item da escala). A garantia da variabilidade para estimar os parâmetros está relacionada com o número de observações por item, considerando alguns autores que o número ideal é de 10 a 15 observações por item (Hair, et. al., 2010; Kahn, 2006; Worthington & Whittaker, 2006; Hill & Hill, 2009; Marôco, 2010b).

Das crianças observadas, 33 (57,9 %) são do género masculino e 24 (42,1%) do género feminino. Relativamente à idade gestacional à nascença, os neonatos apresentam idades compreendidas entre as 27 e as 41 semanas, sendo a média de idade de 36,89 semanas, com um desvio padrão de 3,15 semanas. O peso está compreendido entre as 1355 e 4580 gramas, apresentando um valor médio de 2826,46 gramas com um desvio-padrão de 699,706 gramas. Em relação à etnia a amostra é composta por 46 (80,7%) indivíduos que são de etnia branca; 9 (15,8%) indivíduos que são de etnia negra e 2 (3,5%) indivíduos onde não foi identificado a sua etnia. Quinze das crianças apresentavam diagnóstico de prematuridade (26,32%); doze tinham

patologia respiratória (10,5%); dez tinham patologia hematológica (17,54%); oito tinham intolerância alimentar (14,04%); seis tinham patologia do foro Cardíaco (10,53%) e três com proteção Social (5,26%), conforme a tabela 1

Diagnóstico	Frequências Absolutas	Frequências Relativas
Prematuridade	15	26,32%
Patologia do foro Respiratório	12	21,05%
Patologia do foro Hematológico	10	17,54%
Intolerância Alimentar	8	14,04%
Patologia do foro Cardíaco	6	10,53%
Protecção social	3	5,26%
Missing	3	5,26%
Total	57	100%

Tabela 1 – Tabela de Frequências do Diagnóstico

Instrumento

A escala *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NSRAS), desenvolvida nos Estados Unidos, em 1997, por Barbara Huffines e Cynthia Logsdon, foi baseada na escala de Braden para população adulta, mas utilizando os fatores de risco específicos para o desenvolvimento de úlceras de pressão em neonatos. A NSRAS é constituída por seis itens (variáveis): *Condição Física Geral* (idade gestacional), *Estado Mental*, *Mobilidade*, *Atividade*, *Nutrição* e *Humidade*, cada um deles com um formato de medida ordinal com quatro pontos (1 a 4). Os “scores” (somatório) dos itens variam assim entre 6 e 24 pontos, sendo o “score” mais baixo representativo de baixo risco de lesão da pele e o “score” mais elevado representativo de risco alto de lesão da pele. Além da NSRAS, utilizou-se também um instrumento de caracterização da população em estudo cujas variáveis foram: a Idade, o Sexo, a Etnia, a Idade Gestacional á nascença, o Peso e o Diagnóstico de entrada.

O primeiro item da escala é a *Condição Física* (Quadro 1) que caracteriza o recém-nascido de acordo com a idade gestacional, quanto mais prematuro for a criança maior é a pontuação, reforçando o facto da imaturidade cutânea ser um fator de risco ao aparecimento de lesões.

Condição Física Geral	4. Idade Gestacional <28 Semanas	3. Idade Gestacional > 28 semanas mas <33 semanas	2. Idade Gestacional > 33 semanas mas <38 semanas	1. Idade Gestacional > 38 semanas
-----------------------	----------------------------------	---	---	-----------------------------------

Quadro 1 – Descritores do item *Condição Física Geral*

O segundo item da escala é o *Estado Mental* (Quadro 2) é um item que pontua a forma como o recém-nascido responde aos estímulos dolorosos e ao desconforto, varia desde a incapacidade de resposta (no caso de sedação ou alguma disfunção sensorial que limite a capacidade de sentir e expressar a dor) até a percepção sensorial normal. A diminuição do nível de consciência está associada, direta ou indiretamente, à percepção sensorial, à mobilidade e à atividade. O comprometimento da percepção do desconforto causado pela pressão, motivado pelo estado de alerta para os movimentos espontâneos, pela restrição física por motivos de segurança ou pelo uso de sedativos, impede o alívio da pressão sobre os tecidos nas áreas de proeminências ósseas, com aumento significativo do risco de desenvolvimento de lesões (Curley, 2003).

	4. Completamente Limitado	3. Muito Limitado	2. Ligeiramente Limitado	1. Nenhuma Limitação
Estado Mental	Não responde a estímulos dolorosos, devido à redução do nível de consciência ou sedação. (não estremece, agarra ou geme, não há aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca)	Responde apenas a estímulos dolorosos (estremece, agarra, geme, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca)	Letárgico/Hipotónico	Desperto e activo.

Quadro 2 – Descritores do item *Estado Mental*

A *Mobilidade* é o terceiro item (Quadro 3), que pontua a capacidade do recém-nascido em alternar a posição do corpo, a sua pontuação varia consoante o tipo de alterações que consegue fazer desde nenhuma alteração, até alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda. A mobilidade contribui para o bem-estar físico/psíquico de todo indivíduo e facilita o alívio de pressão nas regiões de proeminências ósseas.

	4. Completamente Imóvel	3. Muito Limitada	2. Ligeiramente Limitada	1. Nenhuma Limitação
Mobilidade	Não faz qualquer alteração ligeira de posição do corpo ou das extremidades sem ajuda (com ou sem sedação).	Capaz de fazer ligeiras alterações ocasionais do corpo ou das extremidades, mas incapaz de fazer alterações frequentes de forma independente.	Capaz de fazer alterações frequentes, embora ligeiras, de posição do corpo ou das extremidades de forma independente.	Capaz de fazer alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda (por exemplo, virar a cabeça).

Quadro 3 – Descritores do item *Mobilidade*

O item *Atividade* (Quadro 4) avalia o grau de ação ou trabalho físico da criança, ou seja, se esta permanece restrita á incubadora ou não está restrita e pode alternar períodos no leito com períodos ao colo/canguru, facilitando também o alívio de pressão nas regiões de proeminências ósseas.

Atividade	4. Completamente Acamado Está confinado a uma incubadora aquecida com humidade	3. Limitado à Cama Está confinado a uma incubadora sem humidade	2. Ligeiramente pouco Limitada Numa incubadora de parede dupla	1. Nenhuma Limitação Num berço aberto
------------------	--	---	--	---

Quadro 4 – Descritores do item *Atividade*

O item *Nutrição* (Quadro 5) é classificado de acordo como tipo de alimentação e com a via de administração da dieta. Nesse item, considera-se sem risco o recém-nascido com a aquisição plena das competências orais que se alimenta exclusivamente por tetina/mama, recebendo as necessidades nutricionais para o crescimento, e o recém-nascido com risco elevado o que recebe as necessidades nutricionais exclusivamente via parentérica, podendo haver lacunas na composição e necessidades nutricionais da criança e ainda o risco acrescido exponencialmente, devido á necessidade de dispositivos médicos para administração da alimentação. Os efeitos sistémicos e imunológicos da desnutrição sobre esta população já comprometida limitam ainda mais a sua tolerância tecidual para a pressão, forças de deslizamento e cisalhamento. Um abrangente leque nutricional abordando os fatores de risco e avaliação das proteínas, hidratação, aporte calórico, e as necessidades de vitaminas é essencial para prevenção e tratamento da úlcera de pressão (Baharestani, M. & Ratliff, C. 2007).

Nutrição	4. Muito Pobre Nada Per 'os (flúidos endovenosos exclusivos)	3. Inadequada Não recebe a quantidade ideal de dieta líquida para o crescimento (fórmula / leite materno) tendo de ser suplementada com flúidos endovenosos	2. Adequada Alimentação por sonda que permite satisfazer as necessidades nutricionais para o crescimento.	1. Excelente Biberon/ Amamentação, em todas as refeições que satisfazem as necessidades nutricionais para o crescimento
-----------------	--	---	---	---

Quadro 5 – Descritores do item *Nutrição*

A avaliação do item *Humidade* (Quadro 6) pontua a exposição da pele á transpiração, á urina e outros flúidos que permaneçam em relação inconveniente com a pele. É medida pela quantidade de vezes em que são trocados os lençóis e as fraldas. A maceração e a lesão, causadas pela humidade excessiva, destroem a barreira natural da epiderme. A incontinência urinária e fecal são fatores potenciadores, elevando o risco de aparecimento de lesões (Butler,

2007). A maceração causada pela humidade pode combinar-se à pressão, principalmente na presença de fitas, cordões e/ou suportes de dispositivos.

Humidade	4. Constantemente Húmida	3. Húmida	2. Ocasionalmente Húmida	1. Raramente Húmida
	A pele está húmida sempre que a criança é manipulada ou posicionada	A pele está frequentemente, mas nem sempre húmida. Os lençóis têm que ser trocados, pelo menos uma vez, de 8/8h	A pele está ocasionalmente húmida. Requer uma troca de lençóis extra cerca de uma vez por dia	A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados a cada 24 horas

Quadro 6 – Descritores do item *Humidade*

Procedimento

A tradução da versão original inglesa para português foi elaborada por dois tradutores, um tradutor A (português, bilingue e tradutor oficial) e um tradutor B (português, bilingue e com conhecimentos do estudo e na área de saúde), originando uma versão 1 e uma versão 2 da escala. Feita a reportar a necessidade de colocação de uma cobertura de plástico, prática, essa em desuso devido à percentagem de humidade fornecida pelas incubadoras. A situação foi colocada às autoras da escala original que aceitaram a sugestão de substituir os descritores da escala de medida do item. Realizada a retroversão da mesma, seguida do ajuste do instrumento e o retorno às autoras para a validação do significado de cada item (equivalência semântica).

Após observação de desvios e ajuste do instrumento faz-se a submissão do instrumento a uma comissão de dez peritos para validação facial (especialistas da cultura da população alvo, peritos nos constructos da escala, equivalência do item – idiomática, equivalência conceptual, equivalência semântica). Após validação facial fez-se a aplicação a um grupo de crianças com características semelhantes à população sob estudo.

A versão final da NSRAS foi aplicada como escala de observação, durante os meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2013 na Unidade de Neonatologia do HPP Hospital de Cascais.

A análise de dados e a validade fatorial da NSRAS foram feitas com recurso ao *Software* IBM® SPSS® e AMOS (v. 22). Os pressupostos do modelo fatorial confirmatório, nomeadamente a sensibilidade dos itens, foram avaliados com medidas de forma os coeficientes de assimetria (Skewness) e achatamento (Kurtosis) e respetivos rácios críticos. Considerando-se que coeficientes superiores a 3 e 7 (valor absoluto) para a assimetria e curtose respetivamente, e

os rácios críticos superiores a 2, exibem problemas de desvio da normalidade o que pode determinar a eliminação dos itens da escala.

A fiabilidade de constructo foi avaliada com a fiabilidade compósita e a validade de constructo foi avaliada com a validade fatorial e com a validade convergente (estimada pela variância média extraída - VME). Considera-se que uma fiabilidade compósita superior ou igual a 0.7, uma VME superior ou igual a 0.5 são indicadores de constructos fiáveis e válidos (Marôco, 2010b). A fiabilidade do fator da NSRAS foi estimada a partir da consistência interna dos itens com recurso ao alfa de Cronbach, esta estimativa é baseada nas correlações médias entre os itens que constituem a escala, ponderada pelas respetivas variâncias (Hill & Hill, 2009; Marôco & Garcia-Marques, 2006); e da fiabilidade inter-avaliadores (estimação da fiabilidade baseada na correlação dos *scores* entre dois ou mais avaliadores para o mesmo item). A validade convergente foi determinada por através da variância extraída da média pelo fator (Hair et al., 2010).

A validade fatorial do modelo sob estudo foi avaliada com recurso á análise fatorial confirmatória, usando como índices empíricos da qualidade do ajustamento do modelo: Estatística do Teste de Qui-quadrado (χ^2 / df), Comparative Fit Index (*CFI*), Goodness of Fit Index (*GFI*), Tucker-Lewis (*TLI*), Root Means Square Error of Aproximation (*RMSEA*)) com $P(RMSEA \leq .05)$. O ajustamento do modelo aos dados é considerado bom se os valores dos índices de ajustamento *CFI*, *GFI*, e *TLI* forem superiores a .9, $RMSEA \leq .05$ e χ^2 / df entre 1 e 2.

RESULTADOS

A sensibilidade dos itens foi avaliada pelas medidas de assimetria (Skewness) e curtose (Kurtosis). A tabela 2 apresenta os valores das medianas, mínimo, máximo e medidas de forma com respetivos rácios críticos. Os itens *Codificação Física, Atividade e Nutrição* apresentam valores de achatamento e assimetria próximos da distribuição normal, ao contrário dos restantes que são enviesados para pontuações mais baixas ($Me = 1$).

	N	Me	SK	SK/SEsk	Kurtosis	KU/SEku	Min	Máx
Codificação Física	743	2	0,669	7,433	-0,387	-2,162	1	4
Estado Mental	743	1	4,523	50,256	22,193	123,983	1	4
Mobilidade	743	1	3,274	36,378	11,813	65,994	1	4
Atividade	743	2	0,541	6,011	-0,895	-5	1	4
Nutrição	743	2	0,747	8,3	-0,751	-4,195	1	4
Humidade	743	1	14,418	160,2	253,114	1414,044	1	4

Tabela 2 – Mediana (Me), Mínimo (Min), Máximo (Máx) e medidas de assimetria (Sk) e Curtose (Ku) com respetivos rácios críticos (SK/SE_{sk} ; KU/SE_{ku}) para os 6 itens da NSRAS versão Portuguesa (n=57)

A validade fatorial dos 6 itens da NSRAS foi avaliada com uma análise fatorial confirmatória. A análise fatorial confirmatória (AFC) é um método confirmatório utilizado quando já existe informação prévia sobre a estrutura fatorial que é necessário confirmar. Esta metodologia estatística permite avaliar a qualidade de ajustamento de um modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre variáveis manifestas (itens) (Marôco, 2010b).

Relativamente à representação gráfica do modelo de equações estruturais, esta consiste: variáveis latentes são representadas por círculos; as variáveis manifestas são representadas por retângulos; as relações causais são caracterizadas com uma seta de causa para efeito e as associações correlacionais representada através de uma seta de duas pontas (Marôco, 2010b, p.20)

Na figura 1 estão indicadas as cargas fatoriais de cada item. Como se pode verificar da sua análise através das estimativas estandardizadas que o item *Humidade* apresentou uma carga fatorial de 0,12, ($\beta = 0,12$), valor considerado baixo, para o valor de referência (.4), por outro lado, a *Mobilidade* tem uma carga fatorial de 0,88 ($\beta = 0,88$). (c.f. Figura 1 e Tabela 3)

Análise Factorial Confirmatória NSRAS
 $\chi^2(9)=399,026$; $p=,000$; $\chi^2df=44,336$
 $CFI=,729$; $GFI=,854$; $TLI=,548$
 $RMSEA=,242$

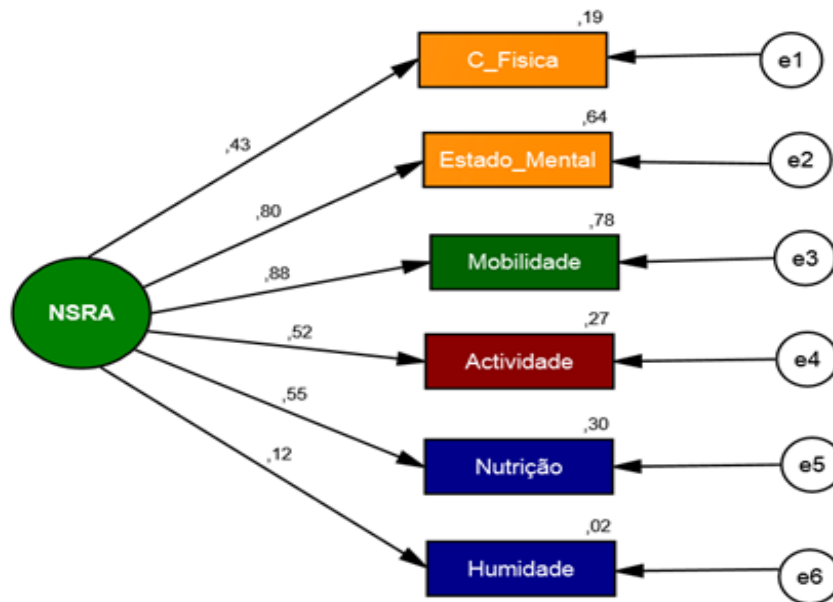


Figura 1 – Estrutura uni-fatorial da NSRAS ajustada à amostra do estudo de pré-validação (n=57) com os pesos fatoriais

Itens			Estimate
Estado Mental	<---	NSRAS	0,798
Mobilidade	<---	NSRAS	0,882
Actividade	<---	NSRAS	0,516
Nutrição	<---	NSRAS	0,548
Condição Física	<---	NSRAS	0,43
Humidade	<---	NSRAS	0,124

Tabela 3 – Pesos Fatoriais Estandarizados

A análise fatorial confirmatória da estrutura uni-fatorial da NSRAS indicou que o modelo proposto por Huffines & Logsdon (1997) apresentava um ajustamento insuficiente à validade fatorial da escala, ($\chi^2 (9) = 399,026$; $p<0,001$; $n=57$; $CFI=0,729$; $GFI=0,854$; $TLI=0,548$ e $RMSEA=0,242$, à amostra sob estudo. De acordo com a teoria e índices de ajustamento do modelo, removeu-se o item Humidade da análise.

O novo modelo (com menos um item) apresentou valores dos índices de qualidade de ajustamento indicadores de um bom ajustamento do novo modelo aos dados $\chi^2_{(2)} = 13,828$,

$p < ,001$; $n = 57$; $\chi^2_{df} = 6,914$; $CFI = ,992$; $GFI = ,993$; $TLI = ,959$; $RMSEA = ,089$;

$P(RMSEA \leq ,05)$ (c.f. Figura 2)

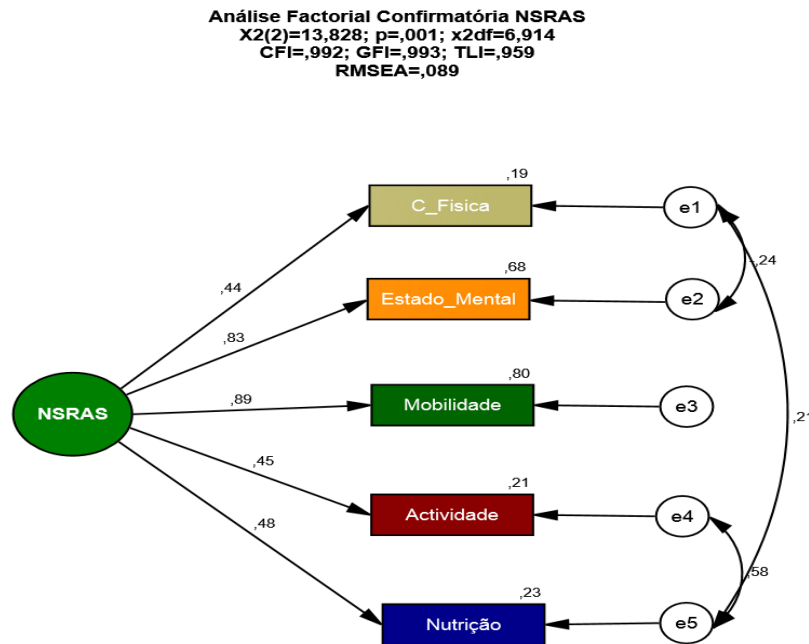


Figura 2 – Modelo de Medida da NSRAS Modificada

O item *Condição Física* apresenta uma análise onde a correlação entre os resíduos e fatores latentes indica que uma fração considerável do comportamento do item não é explicada pelo fator onde o item satura, estabelecendo correlação com três itens. Dando assim indicação que este está a ser percecionado da mesma forma tanto ao nível do *Estado Mental* e da *Nutrição*. Deste modo, é essencial analisar o referencial teórico do item 1 (*Condição Física*).

Recorrendo-se à tabela 4 dos pesos fatoriais estandardizados, no sentido de verificar a adequação da estrutura fatorial proposta à amostra sob estudo, procedeu-se à análise da fiabilidade compósita e a variância extraída da média para o fator em análise.

Item		Estimate
Mobilidade	<--- NSRAS	0,892
Condição Física	<--- NSRAS	0,442
Estado Mental	<--- NSRAS	0,826
Actividade	<--- NSRAS	0,455
Nutrição	<--- NSRAS	0,482

Tabela 4– Pesos Fatoriais Estandarizados

A **Fiabilidade Compósita** é uma medida facilmente calculável a partir dos resultados da AFC. Este tipo de fiabilidade estima a consistência interna dos itens reflexivos do fator ou constructo, indicando o grau (0-1) em que estes itens são, manifestações do fator latente. De uma forma geral considera-se $FC \geq 0,7$ é um indicador de fiabilidade de constructo apropriado ainda que para investigações exploratórias, valores abaixo de 0,7 sejam aceitáveis (Hair et al., 2009).

$$FC_{NSRAS} = (0,892 + 0,442 + 0,826 + 0,455 + 0,482)^2 / (0,892 + 0,442 + 0,826 + 0,455 + 0,482)^2 + [(1 - 0,892) + (1 - 0,442) + (1 - 0,826) + (1 - 0,455) + (1 - 0,482)] = 0,834$$

A fiabilidade do fator NSRAS foi determinada através do cálculo do alfa de Cronbach, onde se obteve um valor considerado como razoável ($\alpha = 0,765$) (Hill & Hill, 2002, Maroco, 2010a).

A **Validade Convergente** ocorre quando os itens que são o reflexo de um fator saturam fortemente nesse fator. Fornell e Larcker (1981 cit. por Marôco, 2010b) propuserem avaliar a validade convergente por intermédio da variância extraída da média pelo fator. É usual considerar que $VEM \geq 0,5$ é um indicador de validade convergente adequada (Hair, et al., 2010).

$$VEM_{NSRAS} = (0,892^2 + 0,442^2 + 0,826^2 + 0,455^2 + 0,482^2) / (0,892^2 + 0,442^2 + 0,826^2 + 0,455^2 + 0,482^2) + [(1 - 0,892) + (1 - 0,442) + (1 - 0,826) + (1 - 0,455) + (1 - 0,482)] = 0,491$$

Relativamente à variância extraída da média (VEM) o resultado obtido $VEM_{NSRAS} = 0,491 \square 5$

indica que a **NSRAS-Modificada** apresenta uma fiabilidade de constructo adequada.

Por fim os scores do fator, NSRAS serão obtidos através da seguinte fórmula:

$$NSRAS = 0,269 * \text{Estado Mental} + 0,005 * \text{Nutrição} + 0,025 * \text{Actividade} + 0,307 * \text{Mobilidade} + 0,053 * \text{Condição Física}$$

	Estado Mental	Nutrição	Actividade	Mobilidade	C Física
NSRAS	0,269	0,005	0,025	0,307	0,053

Tabela 5 – Matriz Factor Score Weights

Ao analisarmos comparativamente a escala NSRAS original com a escala NSRAS-Modificada verificamos que esta pode determinar de forma válida e fiável o Risco de Lesão da pele. A NSRAS com um score total superior ou igual a 13 pontos tendo em conta o ponto de corte estabelecido pela autora do instrumento. Com o grupo de recém-nascidos portugueses, os dados obtidos com a **NSRAS-Modificada** podem sugerir um ponto intermédio que está entre os 9 e os 12 pontos, sendo o valor médio de 7,515 pontos com um desvio-padrão de 2,525 pontos (Tabela 6).

Mean		7,515
Std. Deviation		2,525
Percentiles	5	5
	10	5
	15	5
	20	5
	25	5
	30	6
	35	6
	40	6
	45	7
	50	7
	55	7
	60	8
	65	8
	70	8
	75	9
	80	9
	85	10
	90	11
	95	12

Tabela 6 – Valores médios (M), desvios-padrão (SD), valores decílicos e percentis do instrumento NSRAS na amostra do estudo

Da apreciação feita aos resultados de ambos os observadores podemos inferir confiabilidade interobservador, o que representa a estabilidade da escala na avaliação do risco de lesões de pele no mesmo recém-nascido por diferentes observadores, sugerindo também a importância e eficácia da formação dada aos profissionais antes da aplicação da escala em campo.

NSRAS_Cluster		Observador		Total
		A	B	
Não iniciar padrão de cuidados para recém-nascidos em risco de lesão de pele	Count	354	355	709
	% within NSRAS_Cluster	49,9%	50,1%	100,0%
Iniciar padrão de cuidados para recém-nascidos em risco de lesão de pele	Count	18	16	34
	% within NSRAS_Cluster	52,9%	47,1%	100,0%
Total	Count	372	371	743
	% within NSRAS_Cluster	50,1%	49,9%	100,0%

Tabela 7 – Tabela dos valores percentuais interobservadores

DISCUSSÃO

A escala de avaliação do risco em Neonatologia (NSRAS) é constituída por seis itens que se cogitam como determinantes críticos para lesões de pele no neonato. Estes seis domínios refletem fatores que identificam a quantidade e a duração da pressão da pele (*Estado Mental, Atividade e Mobilidade*) e a tolerância da pele e das suas estruturas de apoio (*Condição Física Geral, Humidade e Nutrição*).

Da análise das duas primeiras traduções, constatou-se que o descritor da escala de medida do item *Mobilidade* não se coadunava com a realidade tecnológica e prática atual, o mesmo foi alterado e adequado, após autorização das autoras da escala.

De acordo com a teoria e índices de ajustamento do modelo, removeu-se o item Humidade da análise, este após a 1ª análise fatorial confirmatória apresentou uma carga fatorial de 0,12, ($\beta = 0,12$), valor considerado baixo, para o valor de referência, tornando o modelo proposto por Huffines & Logsdon (1997) com um ajustamento insuficiente à validade fatorial da escala, à

amostra sob estudo. No estudo de validação original da NSRAS, três itens (*Estado Mental, Mobilidade e Humidade*) foram excluídos por baixo coeficiente de confiabilidade. Para a sua análise foram apenas utilizados os resultados dos itens *Condição Física Geral, Atividade, e Nutrição*, que juntos, estes três dos seis domínios da NSRAS, mostraram especificidade e sensibilidade em prever lesões de pele em neonatos hospitalizados. Apesar de excluídos, os itens são demonstrados na investigação como fatores essenciais na determinação do grau de risco (Baharestani, M.; Ratliff, C. 2007). Assim, as autoras recomendam o uso contínuo do instrumento integral em estudos futuros com a NSRAS, por conseguinte, para o teste de validação da NSRAS em Portugal, o item excluído da 1ª análise fatorial (*Humidade*) deverá constar na recolha e análise dos dados.

O novo modelo (com menos um item) apresentou valores dos índices de qualidade de ajustamento indicadores de um bom ajustamento do novo modelo aos dados. A fiabilidade do fator NSRAS foi determinada através do cálculo do alfa de Cronbach, onde se obteve um valor considerado como razoável ($\alpha = 0,765$) (Hill & Hill, 2009, Marôco, 2010a).

Da apreciação feita aos resultados de ambos os observadores podemos inferir confiabilidade interobservador, o que representa a estabilidade da escala na avaliação do risco de lesões de pele no mesmo recém-nascido por diferentes observadores, sugerindo também a importância e eficácia da formação dada aos profissionais antes da aplicação da escala em campo.

A versão original da NSRAS após ser submetida aos vários processos metodológicos de tradução e adaptação para realidade portuguesa demonstrou ser um instrumento sensível, válido e fiável, passível de ser utilizado na Avaliação do Risco de Lesões de Pele no Neonato. Deste modo, este estudo de pré-validação estatística mostra a sua pertinência, pois a incorreta avaliação dos fatores e do grau do risco é considerada uma das principais falhas na prevenção das úlceras de pressão (EPUAP/NPUAP, 2009).

Apesar da escassez de estudos nacionais de prevalência e incidência de úlceras de pressão para a população pediátrica, realizados para avaliar a dimensão e caracterização desta problemática atual, surgem apenas resultados isolados de estudos mundiais que evidenciam taxas entre 0,47% a 27% (Willock, 2005). Para o período neonatal ainda se verifica carência de investigação sobre úlceras de pressão, nesse sentido, dever-se-á privilegiar o uso de protocolos de prevenção e instrumentos de avaliação do risco, para estabelecimento de diagnósticos de enfermagem determinantes e como alternativa para a excelência do cuidado de enfermagem aos clientes com úlceras de pressão ou com risco para a sua ocorrência (Fernandes, 2008).

Os recém-nascidos com necessidade de internamento numa unidade de Neonatologia estão constantemente expostos a procedimentos invasivos, ao uso de substâncias desinfetantes, à utilização de adesivos para fixação de dispositivos médicos além da flora bacteriana nosocomial (Sanada, 2008; Irving, 2011). Por estas razões, na sua generalidade apresentam alterações mais evidentes na superfície da pele. Assim, os profissionais devem adotar condutas de proteção para prevenir eventos lesionais num ambiente mais seco e mais propício a contaminações. Os recém-nascidos internados, especificamente os nascidos prematuramente são considerados como população de risco para o aparecimento de lesões cutâneas, nomeadamente de úlceras de pressão.

O aparecimento de uma úlcera por pressão é um fenómeno multifactorial com impacto direto no utente e família, aumento do custo e duração do internamento, bem como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente, principalmente dos cuidados de enfermagem (Jorge, 2005).

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÃO PRÁTICA

Conclui-se que o estudo de pré-validação da escala NSRAS-Modificada revela um instrumento com adequada validade fatorial e fiabilidade na amostra sob estudo, constituindo uma ferramenta útil para orientar as ações de acordo com o grau de risco de cada paciente, produzindo um plano de cuidados individualizado, com base nos itens da escala.

A utilização dos resultados da investigação e a transferência desses resultados para as práticas de cuidados é uma realidade, especialmente em áreas altamente especializadas. Para prestar cuidados à pele do recém-nascido baseado em evidências, é importante sistematizar a observação e as intervenções de enfermagem. Na literatura consegue-se extrair muita informação sobre a manutenção da integridade da pele no neonato, porém a monitorização do risco serve para nortear os cuidados e elaborar um plano de cuidados individualizado, objetivo e sistemático (Lund, 1999).

Na prática diária a avaliação da pele é feita de forma descritiva de pelos profissionais, podendo apresentar discrepâncias relacionadas com a experiência individual de cada profissional. Assim, o uso de instrumentos de medida estruturados de fácil aplicação deve ser implementado no quotidiano diário dos profissionais padronizando de forma equitativa os registos efetuados (AWHONN, 2007).

A NSRAS apesar de apresentar algumas limitações psicométricas é um instrumento fundamental para mensurar o grau de risco dos pacientes neonatais possibilitando a avaliação padronizada e mensurável que traduz informações valiosas na tomada de decisão, para o planejamento e implementação de medidas preventivas e tratamento. Estas limitações podem estar ligadas ao facto de o estudo de pré-validação ter sido feito com uma amostra de pequena dimensão e o grupo de crianças observadas não abranger maioritariamente as crianças de maior risco, como os grandes prematuros. Assim, consideramos que é fundamental dar continuidade a este estudo de pré-validação da NSRAS, passando à sua validação com uma amostra de maior dimensão e que abranja também recém-nascidos prematuros, com idade de gestacional entre as 24 e as 35 semanas de gestação, envolvendo no estudo outras unidades de neonatologia que recebam crianças recém-nascidas sob o risco de lesão cutânea.

A aplicabilidade destes instrumentos na prática de cuidados possibilita a sistematização do planejamento de cuidados individualizado e centrado nas necessidades específicas, no entanto, permitem também a visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente.

A Ordem dos Enfermeiros (2007) emanou um core de indicadores, com os quais se poderia produzir informação sistematizada e refletir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população, informação essa que se traduzirá no resumo mínimo de dados de enfermagem. Três dos indicadores aludem diretamente o contexto deste artigo, e referem-se: à taxa de incidência e prevalência das úlceras de pressão, ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão e ganhos em aprendizagem das capacidades do prestador de cuidados para prevenir úlceras de pressão, como resultados sensíveis e representativos dos contributos dos cuidados de enfermagem. Assim, além do planejamento centrado nas necessidades individuais do cliente, a utilização de um instrumento de medida afirma também a sua pertinência, pois permite emanar esses indicadores, comparar resultados e melhorar práticas correntes, respondendo aos padrões de qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

REFERÊNCIAS

- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) (2007). Neonatal Skin Care Second Edition. Evidence-based clinical practice guideline. Washington (DC). Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).71
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Baharestani, M. & Ratliff, C. (2007). Pressure Ulcers in Neonates and Children: an NPUAP White Paper. *Advances in Skin Wound Care*. 20 (4). 208-220
- Barata, E. (2002). *Cosméticos, arte e ciência*. Lisboa. Lidel: edições técnicas. 1-27.
- Barel,O.; Paye,M.; & Maibach, I.(2009).*Handbook of cosmetic Science and Technology*. Nova Iorque. Informa Healthcare. 3.613-623.
- Byrne,M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS. Basic Concepts, Application and Programming*. London: LEA
- Blume-Peytavi U, Hauser M, Stamatas GN, Pathirana D, Garcia Bartels N. (2012). Skin care practices for newborn and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatric Dermatology*; 29: 1-14.
- Butler CT. (2007). Pediatric Skin Care: Guidelines for Assessment, Prevention and Treatment. *Dermatology Nursing*; 19: 471-486.
- Curley, M.; Razmus, I.; Roberts, K. & Wypij. D.(2003). Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale. *Nursing Research*. 52.22-33
- Direção Geral de Saúde. (2011) Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i015800.pdf>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel
- Fernandes, L. M.; Caliri, M. H. L. (2008) Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 16(6). 7
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007) Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden (1ª ed.). Coimbra: Lusociência
- Fujii K.; Sugama J.; Okuwa M.; Sanada H.; Mizokami Y. (2010) Incidence and risk factors of pressure ulcers in seven neonatal intensive care units in Japan: a multisite prospective cohort study. *International Wound Journal*.7.323–328.
- Gouveia. J. (2004). Os custos económicos das úlceras de pressão. Disponível em: www.gaif.net/custoseconomicos.pdf
- Gray M. (2004). Which pressure ulcer risk scales are valid and reliable in a pediatric population? *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*.31.157-60.

Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R. & Tatham, R. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th Ed.). New Jersey: Pearson Educational.

Hill, M. & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Silabo

Hockenberry et al – Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (2006) Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier. 7^ª ed. 1079-1093.

Huffines, B., & Lodgson M.C. (1997) *The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for predicting skin breakdown in neonates*. *Issues Comprehensive Pediatrics Nursing*. 20. 103-114.

Irving, V. (2006) Wound care for a preterm neonates. *Journal Wound Care*. 2(3). 102-106.

Kahn, J. (2006). Factor Analysis in Counseling Psychology. Research, Training, and Practice: Principles, Advances and Applications. *The Counseling Psychologist*. 34(5). 684-718.

Kline, R. B. (1998) *Principles and practices of structural equation modeling*. Nova Iorque: Guilford

Leite, N.; Mendes, V. (2008). Cuidados à pele do recém-nascido pré-termo. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/1132622-overview>

Lund, C.; Kuller, J.; Lane, A.; Lott, J.W. & Raines, A. (1999). Neonatal Skin Care: the scientific basis for practice. *Neonatal Network*. 18(4). 15-26

Marôco, J. (2010a) *Análise estatística: com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber

Marôco, J. (2010b) *Análise de Equações Estruturais. Fundamentos Teóricos, Software e Aplicação*. Pêro Pinheiro: ReportNumber

Marôco, J., & Bispo, R. (2005) *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi

Marôco, J., & Garcia-Marques, L. (2005) Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. *Laboratório de Psicologia*, 4, 1, 65-90.

Martins, C.; Tapia, C.; (2009) A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 62(5). 778-83.

McDonald, R. P. & Ho, M. R. (2002) Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods*, 7, 64-82.

Nepomuceno, L.; Kurcgant, P. (2008) Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 42 (4). 665-672. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-q62342008000400008&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0080-62342008000400008

Ordem dos Enfermeiros (2007) – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. In: Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2007) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10ª Revisão. Disponível em: www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/.

Pancorbo, P.; Garcia, F.; Lopez, I.; Alvarez, C.;(2006). Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal Advanced Nursing*.5.94-110.

Sanada, H.; Miyachi, Y.; Ohura, T.; Moriguchi, T.; Tokunaga, K.; Shido, K.; Nakagami, G.(2008)The Japanese pressure ulcer surveillance study: a retrospective cohort study to determine prevalence of pressure ulcers in Japanese hospitals. *Wounds*.20.176–182.

Skin care team in the pediatric intensive care unit: A model for excellence. *Critical Care Nurse*.28. 125-135.

Willock, J. et al. (2005). Multicenter research: lessons from the field. *Pediatric Nursing*.17 (10). 31–33

Worthington, R.; Whittaker, T. (2006). Scale Development Research. A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *The Counseling Psychologist*. 34(6). 806-838.

APÊNDICE XI – PEDIDO DE COLABORAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO
TESTE FINAL DE VALIDAÇÃO DA NSRAS

Assunto: Pedido de Parecer para realização do Teste de Validação da Escala de Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão em Neonatos

Data: 10 de Fevereiro de 2014

Exmo. Senhor,

O serviço de Neonatologia do HPP Cascais, vem por este meio solicitar a V. Ex.cia para que Cláudia Olho Azul Martins, Enfermeira graduada a exercer funções na Unidade de Neonatologia/Cuidados Intermédios de Pediatria, com número mecanográfico 41820, B.I. 11244441, possa realizar o Teste de Validação da Escala de Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão em Neonatos, na Unidade de Neonatologia da vossa Instituição.

Este projecto envolve inúmeras Unidades de Neonatologia de todo o país e visa numa fase final, a implementação da escala a nível nacional, constando como Escala de referência da Direcção Geral de Saúde para Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão em Recém-nascidos.

Da recolha de dados que está programada para o período de Junho e Julho do presente ano, não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo garantido o pleno anonimato e segurança das crianças envolvidas, visto ser um estudo de observação.

Serão convidados dois Enfermeiros a colaborar no estudo que exerçam funções no serviço de Neonatologia da vossa Instituição e que queiram livremente contribuir para o projecto. Será assim ministrado um Workshop formativo e Informativo de esclarecimento acerca da problemática que envolve o estudo e do próprio instrumento em causa, a realizar dia 8 de Maio no Auditório do HPP Cascais.

Em anexo enviamos o projecto de Investigação que sustenta cientificamente a validação da Escala a nível Nacional.

Agradecendo desde já o tempo dispensado por parte de V. Ex.cia, ficamos a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para qualquer outro esclarecimento.

Com os meus melhores cumprimentos,
Cláudia Olho Azul Martins

Enfermeira Graduada, Unidade de Neonatologia e Intermédios de Pediatria – HPP Cascais

E-mail: claudia.azul.martins@hpphospitaldecascais.pt

Telf: [96 8804875](tel:968804875)

Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves • 2755-009 Alcabideche
Tel.: 214 653 000 • Fax.: 214 653 196
www.hppcascais.pt




Certificação Ambiental ISO 14001



Certificação Qualidade ISO 9001
(Farmácia, Anatomia Patológica, Imagiologia,
Imunohistoquímica, Esterilização)

APÊNDICE XII – CARTAZ DO WORKSHOP: “INVESTIGAÇÃO EM
ENFERMAGEM: DOS PARADIGMAS CIENTÍFICOS À PRAXIS – O
PERCURSO PARA VALIDAÇÃO DA NSRAS”



INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM: DOS PARADIGMAS CIENTÍFICOS À PRAXIS / O PERCURSO PARA VALIDAÇÃO DA NSRAS

WORKSHOP

Auditório do Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida

8 de maio
de 2014

- 09h15 Sessão de Abertura**
Filomena Nunes – Diretora do Departamento da Mulher e Criança
Eduarda Reis – Coordenadora da Unidade Funcional de Neonatologia
Isabel Pereira Lopes – Enfermeira Diretora
- 09h30 As boas práticas sustentadas em normas de orientação clínica**
Bárbara Meneses – DGS
- 09h45 Investigação e os Cuidados de Saúde baseados na Evidência**
Maria Alice Cusado – Professora Coordenadora ESEL
- 10h15 Úlcera de Pressão: um Indicador de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**
Dulce Cachata Gonçalves – Enfermeira Coordenadora do Departamento da Mulher e da Criança Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida
- 10h45 Coffee Break**
- 11h00 Instrumentos de Avaliação do Risco – Validação para a População Portuguesa**
Katia Furtado – Presidente da ELCOS – Sociedade de Feridas
- 11h30 A NSRAS – Neonatal Skin Risk Assessment Scale – Apresentação da Escala e Guidelines para a sua aplicação na Prática**
Cláudia Olho Azul – Enfermeira Neonatologia do Hospital de Cascais, Coordenadora do Projeto de Validação da NSRAS Portugal
- 12h30 Almoço**
- 13h30 Aplicação em campo da NSRAS**
Cláudia Olho Azul – Enfermeira Neonatologia do Hospital de Cascais, Coordenadora do Projeto de Validação da NSRAS Portugal
Dulce Cachata Gonçalves – Enfermeira Coordenadora do Departamento da Mulher e da Criança Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida
- 15h30 Futuro dos Cuidados de Enfermagem: uma perspetiva**
Maria Teresa Oliveira Margal – Professora Coordenadora ESEL
- 16h00 Encerramento do Workshop Entrega dos certificados de participação**

Informações:

Enf. Dulce Gonçalves
e-mail: dulce.cachata.goncalves@hphospitaldecascais.pt | Telem.: 925 770 471

 **HPP HOSPITAL
DE CASCAIS**
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

